



PHQ-9

Questionário sobre a Saúde do Paciente · Rastreamento de Depressão

Nome: _____

Data: ___/___/___

Nas **últimas 2 semanas**, com que frequência você foi incomodado(a) por qualquer um dos problemas abaixo?

0 Nenhuma vez

1 Vários dias

2 Mais da metade dos dias

3 Quase todos os dias

- | | | | | | |
|---|---|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 1 | Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 2 | Sentir-se para baixo, deprimido(a) ou sem esperança | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 3 | Dificuldade para pegar no sono, permanecer dormindo ou dormir mais do que de costume | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 4 | Sentir-se cansado(a) ou com pouca energia | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 5 | Falta de apetite ou comer demais | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 6 | Sentir-se mal consigo mesmo(a) — achar que é um fracasso ou que decepcionou família ou a si mesmo(a) | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 7 | Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler ou ver televisão | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 8 | Lentidão para se movimentar ou falar (a ponto de outros perceberem) — ou o contrário, ficar agitado(a) e inquieto(a) mais do que de costume | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |
| 9 | Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto(a) | <input type="radio"/> 0 | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 |

PONTUAÇÃO TOTAL

_____ / 27

Se assinalou algum problema, qual a dificuldade que trouxeram para trabalho, casa ou relacionamentos?

Nenhuma Alguma Muita Extrema

INTERPRETAÇÃO

0–4 Mínima

5–9 Leve

10–14 Moderada

15–19 Moderadamente grave

20–27 Grave

Corte ≥ 10 : rastreamento positivo (S 88% / E 88%)

Item 9 ≥ 1 : avaliar risco suicida.