

# PHQ9P

## QUESTIONÁRIO SOBRE A SAÚDE DO/A PACIENTE-9 (Portuguese for Brazil version of the PHQ-9)

### THIS SECTION FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY.

Were data collected?

No  (provide reason in comments)

If Yes, data collected on visit date  or specify date: \_\_\_\_\_

### COMENTÁRIOS

---

---

---

### ONLY THE PATIENT (SUBJECT) SHOULD ENTER INFORMATION ONTO THIS QUESTIONNAIRE.

DURANTE AS ÚLTIMAS 2 SEMANAS, COM QUE FREQUÊNCIA VOCÊ FOI INCOMODADO/A POR QUALQUER UM DOS PROBLEMAS ABAIXO?	NENHUMA VEZ	VÁRIOS DIAS	MAIS DA METADE DOS DIAS	QUASE TODOS OS DIAS
1. Pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas	0	1	2	3
2. Se sentir "para baixo", deprimido/a ou sem perspectiva	0	1	2	3
3. Dificuldade para pegar no sono ou permanecer dormindo, ou dormir mais do que de costume	0	1	2	3
4. Se sentir cansado/a ou com pouca energia	0	1	2	3
5. Falta de apetite ou comendo demais	0	1	2	3
6. Se sentir mal consigo mesmo/a — ou achar que você é um fracasso ou que decepcionou sua família ou você mesmo/a	0	1	2	3
7. Dificuldade para se concentrar nas coisas, como ler o jornal ou ver televisão	0	1	2	3
8. Lentidão para se movimentar ou falar, a ponto das outras pessoas perceberem? Ou o oposto – estar tão agitado/a ou irrequieto/a que você fica andando de um lado para o outro muito mais do que de costume	0	1	2	3
9. Pensar em se ferir de alguma maneira ou que seria melhor estar morto/a	0	1	2	3

(A gravidade do quadro seria estimada conforme o seguinte: 0-4 pontos – sem depressão; 5-9 pontos – transtorno depressivo leve; 10-14 pontos – transtorno depressivo moderado; 15-19 pontos – transtorno depressivo moderadamente grave e de 20 a 27 pontos – transtorno depressivo grave)

### SCORING FOR USE BY STUDY PERSONNEL ONLY

0 + + +

TOTAL DE PONTOS:

Se você assinalou qualquer um dos problemas, indique o grau de dificuldade que os mesmos lhe causaram para realizar seu trabalho, tomar conta das coisas em casa ou para se relacionar com as pessoas?

- NENHUMA DIFICULDADE
- ALGUMA DIFICULDADE
- MUITA DIFICULDADE
- EXTREMA DIFICULDADE

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES CONTIDAS NESTE QUESTIONÁRIO SÃO VERDADEIRAS.

INICIAIS DO/A PACIENTE:

DATA:

