

Instrumentos de rastreio e diagnóstico de transtornos depressivos utilizados na atenção primária: uma revisão integrativa

Screening and diagnostic tools for depressive disorders used in primary care: an integrative review

Instrumentos de rastreio y diagnóstico de trastornos depresivos utilizados en atención primaria: una revisión integradora

Meirielli Vieira Bruzeguini¹ , Talita Falqueto Pereira¹ , Marcela Lamborghini Pagel¹ , Thayane Cintra Lemos¹ , Emily da Silva Prata¹ , Kamila Castro da Cruz¹ , Thiago Dias Sarti¹ , Maria Carmen Viana¹ 

¹Universidade Federal do Espírito Santo – Vitória (ES), Brasil.

Resumo

Introdução: A prevalência de transtornos depressivos na população em geral é significativa, e a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha um papel crucial na abordagem dessas questões. A implementação de instrumentos de rastreamento e diagnóstico desses transtornos na APS é uma das estratégias propostas para aprimorar a qualidade do atendimento. No entanto, há uma lacuna de conhecimento em relação à eficácia dessas abordagens. **Objetivo:** Identificar os instrumentos de rastreamento e entrevistas diagnósticas mais empregados em pesquisas envolvendo pacientes que procuram assistência em serviços de APS devido a sintomas depressivos. **Métodos:** Este estudo constitui uma revisão integrativa da literatura, que abordou as bases de dados LILACS e MEDLINE no período compreendido entre outubro e dezembro de 2020. A seleção dos artigos incorporou pesquisas realizadas na APS, as quais empregaram um ou mais instrumentos para rastreamento e/ou diagnóstico de transtornos depressivos. A análise dos títulos, resumos e textos completos foi realizada por pelo menos dois pesquisadores, que extraíram os dados por meio de uma planilha padronizada. Os resultados são apresentados de forma descritiva e narrativa. **Resultados:** Após a aplicação dos critérios de elegibilidade, foram selecionados 413 artigos. Foram identificados 22 instrumentos empregados no rastreamento e diagnóstico da depressão em estudos realizados na APS. O instrumento de rastreamento mais mencionado é o *Patient Health Questionnaire* e a entrevista diagnóstica mais utilizada foi a *Mini International Neuropsychiatric Interview*. Predominam os estudos publicados após 2011, realizados na Europa, com população adulta não idosa, visando identificar a prevalência de depressão em diferentes grupos sociais. A maioria dos estudos utilizou instrumentos longos, com critérios analíticos complexos, sem validação e/ou adaptação para a APS, além de apresentarem restrições quanto aos problemas de saúde analisados, tornando-os limitados para uso geral na APS. **Conclusões:** O emprego de instrumentos de rastreamento e diagnóstico para depressão na APS pode representar uma estratégia relevante para aprimorar os cuidados oferecidos a essa população. Contudo, é crucial conduzir pesquisas adicionais a fim de analisar tanto os benefícios quanto as potenciais desvantagens dessa abordagem. Além disso, é imperativo um esforço mais substancial na seleção criteriosa dos instrumentos mais adequados para aplicação.

Palavras-chave: Questionário de saúde do paciente; Atenção primária à saúde; Depressão; Programas de rastreamento; Transtornos mentais.

Como citar: Bruzeguini MV, Pereira TF, Pagel ML, Lemos TC, Prata ES, Cruz KC, et al. Instrumentos de rastreio e diagnóstico de transtornos depressivos utilizados na atenção primária: uma revisão integrativa. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2023;18(45):3817. [https://doi.org/10.5712/rbmfc18\(45\)3817](https://doi.org/10.5712/rbmfc18(45)3817)

Autor correspondente:

Meirielli Vieira Bruzeguini
E-mail: meiriellibruzeguini@gmail.com

Fonte de financiamento:

Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo (FAPES)

Parecer CEP:

não se aplica

Procedência:

não encomendado.

Avaliação por pares:

externa.

Recebido em: 21/06/2023.

Aprovado em: 10/07/2023.

Editor Associado:

Leonardo Ferreira Fontenelle



Abstract

Introduction: The prevalence of depressive disorders in the general population is high, and primary health care (PHC) is essential in dealing with these issues. The introduction of screening and diagnostic tools for these disorders in PHC is one of the suggested strategies to enhance the quality of care. Nevertheless, there is limited understanding regarding their effectiveness. **Objective:** To identify the screening instruments and diagnostic interviews that have been widely used in studies involving users with depressive symptoms seeking help at PHC. **Methods:** This was an integrative literature review. For the period from October to December 2020, searches were conducted in the LILACS and MEDLINE databases. Research articles carried out in PHC that utilized one or more screening and/or diagnostic instruments for depressive disorders were included. At least two researchers analyzed titles, abstracts, and full texts, extracting data using a standardized spreadsheet. The results were presented in a descriptive and narrative manner. **Results:** After using eligibility criteria, 413 articles were selected. There were 22 screening instruments used for screening and diagnosis of depression in studies carried out in PHC. The most cited screening instrument was the *Patient Health Questionnaire*, and the most used diagnostic interview was the *Mini International Neuropsychiatric Interview*. Studies published after 2011, carried out in Europe, with a non-elderly adult population and with the purpose of identifying the prevalence of depression in different social groups predominated. Most studies used long instruments, with complex analytical criteria, without validation/adaptation for PHC, and with restrictions on the analyzed health problems, making them limited for general use in PHC. **Conclusions:** The use of screening and diagnostic instruments for depression in PHC can be a relevant strategy to improve the care provided to this population. Nevertheless, additional research is required to analyze the benefits and harms of this approach, as well as a greater effort to select the best instruments to be used.

Keywords: Patient health questionnaire; Primary health care; Depression; Mass screening; Mental disorders.

Resumen

Introducción: La prevalencia de los trastornos depresivos en la población general es alta y la Atención Primaria de Salud (APS) ocupa una posición central en el abordaje de estos problemas. La introducción de instrumentos para el rastreio y diagnóstico de estos trastornos en la APS es una de las estrategias sugeridas para mejorar la calidad de la atención pero poco se sabe sobre su eficacia. **Objetivo:** Identificar los instrumentos de rastreio y entrevistas diagnósticas que más han sido utilizados en estudios con usuarios que buscan atención en los servicios de APS con síntomas depresivos. **Métodos:** Esta es una revisión integradora de la literatura, se realizaron búsquedas en las bases de datos LILACS y MEDLINE de octubre a diciembre de 2020. Se incluyeron artículos de investigación realizados en la APS y que utilizaron uno o más instrumentos para el rastreio y/o diagnóstico de los trastornos depresivos. Al menos dos investigadores analizaron títulos, resúmenes y textos completos, extrayendo datos mediante una hoja de cálculo estandarizada. Los resultados se presentan de forma descriptiva y narrativa. **Resultados:** Después de aplicar los criterios de elegibilidad, se seleccionaron 413 artículos, fueron descritos 22 instrumentos utilizados en el rastreio y diagnóstico de la depresión en estudios realizados en APS. El instrumento de rastreio más utilizado fue el Cuestionario de Salud del Paciente y la entrevista diagnóstica más utilizada fue la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional. Predominan los estudios publicados después de 2011, realizados en Europa, con población adulta no anciana con el propósito de identificar la prevalencia de depresión en diferentes grupos sociales. La mayoría de los estudios utilizaron instrumentos extensos, con criterios analíticos complejos, sin validación y/o adaptación para la APS, y con restricciones sobre los problemas de salud analizados, limitándolos para uso general en la APS. **Conclusiones:** El uso de instrumentos de rastreio y diagnóstico de depresión en la APS puede ser una estrategia relevante para mejorar la atención brindada a esta población. Sin embargo, se necesitan más estudios para analizar los beneficios y dificultades de esta estrategia, así como un mayor esfuerzo para seleccionar los mejores instrumentos a utilizar.

Palabras clave: Cuestionario de salud del paciente; Atención primaria de salud; Depresión; Programas de rastreio; Trastornos mentales.

INTRODUÇÃO

A depressão é o transtorno mental mais frequente na população geral, contribuindo para altas taxas de mortalidade e morbidade, carga global de doenças e diminuição da qualidade de vida em todas as faixas etárias. Pessoas com depressão apresentam maior exposição a comportamentos de risco quando comparadas com a população geral, como risco de suicídio, abuso de álcool e outras drogas. Portanto, a depressão constitui-se em um grave problema de saúde pública.¹⁻⁴

A prevalência de depressão ao longo da vida varia de 6,6 a 19,2%, sendo mais frequente entre os países de alta renda (com média de 14,8%). Nos países de baixa e média renda, a prevalência varia de 6,5%, na China, a 18,4%, no Brasil, com média de 11,1%.⁵ O Brasil apresenta a segunda maior prevalência pontual de episódios depressivos nas Américas, afetando aproximadamente 11,5 milhões de pessoas (equivalente a 5,8% da população).¹

Ainda assim, os transtornos depressivos frequentemente não são diagnosticados e/ou tratados de forma oportuna e apropriada, mesmo entre os médicos com formação em Medicina de Família e Comunidade (MFC), no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS).⁶⁻⁸ Para abordar essa questão, a literatura destaca a relevância do fortalecimento da APS e da rede de atenção psicossocial, bem como a capacitação dos profissionais envolvidos. Além disso, a implementação de abordagens de cuidado colaborativo entre a APS e a psiquiatria é apontada como crucial, incluindo a integração do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). A inclusão de serviços de saúde baseados na comunidade na rede de atenção psicossocial também é recomendada como medida para lidar com esse problema.^{9,10}

Por outro lado, o uso de instrumentos padronizados e validados para o rastreamento e diagnóstico da depressão na APS tem sido mencionado na literatura como uma das estratégias para aprimorar a abordagem desse problema. Algumas pesquisas sugerem que a sua aplicação pode ter um impacto positivo não somente nos aspectos clínicos da abordagem da depressão, mas também na elaboração de intervenções, no desenvolvimento de políticas públicas em saúde mental e na área da pesquisa.^{11,12}

São diversos os instrumentos disponíveis para uso, especialmente em estudos epidemiológicos, o que pode gerar confusão e dificuldades na seleção e adoção dessa estratégia pelas equipes de saúde na APS. Portanto, esta revisão integrativa da literatura tem como objetivo identificar e descrever os principais instrumentos de rastreio e diagnóstico empregados na avaliação dos sintomas depressivos em pacientes que procuram atendimento na APS. Até onde sabemos, revisões desta natureza são incomuns na literatura, o que torna este estudo de interesse para profissionais e pesquisadores ligados à APS.

MÉTODOS

A questão norteadora desta revisão foi: “Considerando a alta prevalência da depressão na população geral, quais são os instrumentos de rastreio e entrevistas diagnósticas que têm sido mais utilizados em estudos com usuários que buscam atendimento em serviços de atenção primária com sintomas depressivos?”.

A busca por artigos científicos foi conduzida entre outubro e novembro de 2020, nas bases de dados Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). A estratégia de busca específica para cada base está detalhada na Figura 1. Não foram definidos critérios de restrição para o idioma dos artigos, sendo aceitos textos em português, inglês ou espanhol, e não houve limitação quanto à data de publicação.

Os critérios de inclusão foram:

1. Estudos que utilizaram instrumentos de rastreio e diagnóstico de transtornos depressivos no âmbito da APS;
2. Os instrumentos deveriam ser citados no título ou resumo do artigo;
3. Estudos que utilizaram o instrumento para:
 - a) identificação do transtorno depressivo;
 - b) validação do instrumento em outro idioma e/ou população;
 - c) seleção de casos objetivando orientação clínica e terapêutica;
 - d) seleção de casos para estudos de intervenção/ensaios clínicos terapêuticos.

Foram excluídos artigos de opinião, cartas ao editor, revisões de literatura, editoriais, relatos de casos, resenhas, capítulos de livros, protocolos e projetos de pesquisa.

MEDLINE	LILACS
↓	↓
((DEPRESS*) AND ((PRIMARY HEALTH CARE) OR (PRIMARY CARE) OR (PRIMARY SERVICE*)) AND ((SCREENING) OR (QUESTIONNAIRE) OR (SCALE)) n=17,721	((DEPRESS*) AND ((PRIMARY HEALTH CARE) OR (PRIMARY CARE) OR (PRIMARY SERVICE*)) AND ((SCREENING) OR (QUESTIONNAIRE) OR (SCALE)) n=358
↓	↓
((DEPRESS*[TITLE]) AND ((PRIMARY HEALTH CARE[TITLE]) OR (PRIMARY CARE[TITLE]) OR (PRIMARY SERVICE*[TITLE])) AND ((SCREENING[TITLE/ABSTRACT]) OR (QUESTIONNAIRE[TITLE/ABSTRACT]) OR (SCALE[TITLE/ABSTRACT])) n=1,106	(ti:(DEPRESS*)) AND ((ti:PRIMARY HEALTH CARE)) OR (ti:(PRIMARY CARE)) OR (ti:(PRIMARY SERVICE*)) AND ((SCREENING) OR (QUESTIONNAIRE) OR (SCALE)) n=50
↓	↓
((DEPRESS*[TITLE]) AND ((PRIMARY HEALTH CARE[TITLE]) OR (PRIMARY CARE[TITLE]) OR (PRIMARY SERVICE*[TITLE])) AND ((SCREENING[TITLE/ABSTRACT]) OR (QUESTIONNAIRE [TITLE/ABSTRACT]) OR (SCALE[TITLE/ABSTRACT])). Filtros: Idioma - Inglês, Espanhol e Português n=1,087	(ti:(DEPRESS*)) AND ((ti:PRIMARY HEALTH CARE)) OR (ti:(PRIMARY CARE)) OR (ti:(PRIMARY SERVICE*)) AND ((SCREENING) OR (QUESTIONNAIRE) OR (SCALE)). Filtros: Idioma - Inglês, Espanhol e Português n=50
↘	↘
Total de artigos identificados nas duas bases de dados utilizadas n=1,137	

Figura 1. Estratégia de busca de assunto e operadores booleanos utilizados nas bases de dados.

Após a eliminação das duplicatas, dois pesquisadores treinados — um especialista em MFC e outro em psiquiatria — analisaram títulos, resumos e textos completos, aplicando os critérios de inclusão e exclusão. Discordâncias nesse processo foram debatidas pelos pesquisadores e, quando necessário, uma pesquisadora com ampla experiência na área interveio para resolver a questão.

A extração dos dados das publicações ocorreu com o auxílio de uma planilha padronizada. Foram registrados os autores, ano de publicação, instrumento de rastreio ou entrevista diagnóstica, local do estudo, tipo de população (se foi um estudo único ou multicêntrico) e o principal achado. A apresentação dos resultados segue uma abordagem descritiva e narrativa, com ênfase na identificação dos principais instrumentos utilizados, seus locais de aplicação e principais características, visando orientar profissionais e gestores em sua utilização prática.

Durante a busca, identificou-se um total de 135 instrumentos distintos usados nos estudos. Devido a essa diversidade, optou-se por agrupar diferentes versões de um mesmo instrumento ou entrevista, como revisões ou validações em línguas ou populações diferentes, sob o título original da ferramenta. Nesta revisão, são discutidos somente os instrumentos presentes em cinco ou mais publicações (Quadro 1). Depois de agrupar as diferentes versões, identificaram-se 68 instrumentos, sendo que 22 foram utilizados em cinco ou mais estudos, enquanto 46 apareceram em menos de 5 publicações e, portanto, foram excluídos da análise.

Dada a natureza descritiva desta revisão e seu objetivo não sistemático, não foi realizada análise metodológica individualizada de cada artigo. Além disso, a heterogeneidade significativa entre os estudos

Quadro 1. Características dos instrumentos mais frequentemente utilizados por profissionais de saúde na atenção primária na identificação e diagnóstico de depressão, incluindo suas diversas versões e/ou variações no nome, autores, ano de elaboração, frequência e país das publicações.

Instrumento, autor(es)	Versões e/ou variações no nome*	Países de publicação*	Caracterização do instrumento
Patient Health Questionnaire (PHQ) Spitzer et al. ¹⁵	Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) ou Brief Patient Health Questionnaire (B-PHQ), PHQ-9 versões China, Rússia, Japão e chinesa bilíngue (CB-PHQ), PHQ-15), PHQ-10, PHQ-8, PHQ-2), PHQ-Adolescent (PHQ-A).	EUA (79); Reino Unido (12); Holanda (9); Alemanha (9); China (9); Espanha (8); Letônia (5); Arábia Saudita (5); Etiópia (4); Brasil (4); Índia (4); Austrália (3); Canadá (3); Japão (3); Itália (2); Chile (2); Nigéria (2); Colômbia (2); África do Sul (2); Zimbábue (2); Nova Zelândia (1); Taiwan (1); Israel (1); Equador (1); Suíça (1); Singapura (1); Malásia (1); Sri Lanka (1); Catar (1); Botswana (1); Vietnã (1); Omã (1); Nepal (1); Tunísia (1); Moçambique (1); Coreia do Sul (1); Honduras (1); México (1); Não cita o país (1).	<ul style="list-style-type: none"> • Autoaplicável. • Número de questões: 9 itens. • Finalidades: identificar se o indivíduo é um caso provável de depressão ou não. Pode ser usado para medir a gravidade do transtorno. • Critérios de pontuação: cada item é avaliado por escala <i>Likert</i> de 0 a 3 (correspondendo às respostas “nenhuma vez”, “vários dias”, “metade dos dias” e “quase todos os dias”), considerando a frequência dos sintomas nas duas últimas semanas. A pontuação total varia de 0 a 27. O ponto de corte para triagem de depressão maior é de 10 pontos. A pontuação total pode ser usada para avaliar a gravidade dos sintomas: 0–4: ausência de sintomas depressivos; 5–9: sintomas depressivos leves, 10–14 sintomas depressivos moderados, 15–19 sintomas depressivos moderadamente graves e 20–27 sintomas depressivos graves.¹⁶
Center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) Radloff ¹⁷	CESD-10, CESD-5, CES- Revised (CESD-R).	EUA (27); Austrália (7); China (4); Brasil (2); Japão (1); Espanha (1); Israel (1); Rússia (1); Zâmbia (1); México (1); Reino Unido (1); Nigéria (1); África do Sul (1); Canadá (1); França (1); Não cita o País (3).	<ul style="list-style-type: none"> • Autoaplicável ou aplicado por entrevistador. • Número de questões: 20 itens. • Finalidade: avaliar questões sobre humor, sintomas somáticos, interação com outras pessoas e funcionamento motor. Respostas de acordo com a frequência de cada sintoma na última semana. • Critérios de pontuação: cada item é avaliado em escala <i>Likert</i> de 0–3, correspondendo às respostas “raramente ou nunca”, “às vezes”, “frequentemente” e “sempre”. O escore total varia de 0–60 e o ponto de corte utilizado é de >16.¹⁷
Geriatric Depression Scale (GDS) Yesavage et al. ¹⁸	Geriatric Depression Scale (GDS-30 ou GDS ou Escala Geriátrica de Depressão de Yesavage, versão ampliada), GDS-15 versões Alemanha e China, (GDS-5), (GDS-10), (GDS-4), (GDS-1).	EUA (8); Brasil (8); Reino Unido (6); Alemanha (5); Holanda (3); Espanha (3); China (1); Bósnia e Herzegovina (1); Suécia (1); Nigéria (1); Grécia (1); México (1); Singapura (1).	<ul style="list-style-type: none"> • Instrumento aplicado por entrevistador. • Finalidade: destinado à avaliação de sintomas do espectro do humor em pacientes geriátricos. • Número de questões: versão original com 30 pontos. Questões dicotômicas (sim/não). • Critérios de pontuação: somatória de pontos. Pontuação de corte entre 10–11 para a GDS-30 e de 5–6 para a GDS-15.¹²

Continua...

Quadro 1. Continuação.

Instrumento, autor(es)	Versões e/ou variações no nome*	Países de publicação*	Caracterização do instrumento
Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) Sheehan et al. ¹⁹	MINI-Screen desenvolvida para atenção primária, MINI versão Malayalam e japonesa.	Letônia (4); Holanda (4); Japão (3); Chile (3); Índia (2); EUA (2); Bélgica (2); Luxemburgo (2); Reino Unido (2); Lituânia (2); Marrocos (1); Botswana (1); Irã (1); Colômbia (1); Moçambique (1); Espanha (1); Uganda (1); Israel (1); Singapura (1); Zâmbia (1); México (1); França (1).	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista estruturada aplicada por um entrevistador treinado. Número de questões: 19 módulos diagnósticos independentes. O módulo de episódio depressivo maior é composto por 5 eixos e 11 itens. Finalidade: avaliar 17 transtornos do eixo I do DSM-IV. Critérios de pontuação: respostas dicotômicas (sim/não). Projetado para obter um diagnóstico psiquiátrico em 15–30 minutos por não especialistas que receberam treinamento formal.¹⁹
Beck Depression Inventory (BDI) Beck et al. ²⁰	Beck Depression Inventory (BDI ou BDI-I/BDI-21), BDI-II versão árabe, BD-I - versão chinesa, Beck Depression Inventory (BDI) versão 1A, Beck Depression Inventory (BDI-II), Beck Depression Inventory Primary Care (BDI-PC), BDI-PC versão em espanhol/peruana.	EUA (9); Suécia (5); Índia (5); Reino Unido (3); Finlândia (2); Turquia (2); Brasil (2); Chile (1); Peru (1); Croácia (1); Espanha (1); Alemanha (1); Jordânia (1).	<ul style="list-style-type: none"> Autoaplicável. Número de questões: 21 itens. Finalidade: avaliar a frequência e intensidade de sintomas depressivos durante a última semana Critérios de pontuação: São atribuídos valores de 0 a 3, sendo os escores mais altos representados pela maior intensidade dos sintomas. A pontuação total varia de 0 a 63 pontos. De 0–13, depressão mínima; 14–19, depressão leve; 20–28, depressão moderada; 29–63, depressão grave.²¹
Structured Clinical Interview (SCID) Spitzer et al. ²²	SCID – I, SCID – II, SCID – III, SCID – IV.	EUA (15); Espanha (3); China (3); Finlândia (2); Reino Unido (2); Brasil (2); Holanda (1); Israel (1); Singapura (1); África do Sul (1); Zimbábue (1); Alemanha (1); Não cita o País (1).	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista estruturada para aplicação por um clínico experiente. Número de questões: Inclui uma visão geral introdutória seguida de 9 módulos Finalidade: avaliar os principais diagnósticos do Eixo I do DSM (versão III-R quando foi desenvolvido). O SCID fornece diagnósticos para transtornos atuais (último mês) e para a ocorrência pregressa, ao longo da vida.²² Critérios de pontuação: itens avaliados pela presença ou ausência do sintoma (sim/não) e, em caso positivo, são feitas perguntas como duração e intensidade, para que o clínico decida se o critério diagnóstico foi atendido.
Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) Hamilton ²³	Hamilton Depression Rating Scale (HDRS ou HAM-D), HAM-D 24, HRS-D, HDRS versão italiana.	EUA (15); Reino Unido (5); Itália (2); Alemanha (2); Chile (2); Taiwan (1); Holanda (1); China (1); Quênia (1); Índia (1); Finlândia (1); Não cita o País (1).	<ul style="list-style-type: none"> Aplicado por profissional treinado e experiência clínica. Número de questões: Versão original composta por 17 itens. Finalidade: avaliar os sintomas depressivos na última semana. Critérios de pontuação: pontuados de 0–2, 0–3 ou 0–4, conforme a gravidade dos sintomas, com escore total de 50 pontos. Não tem ponto de corte específico. Acima de 23 pontos, classificada como depressão muito grave; 19–22 grave; 14–8 moderada; 8–13 leve e inferior a 7 ausência de depressão.²⁴

Continua...

Quadro 1. Continuação.

Instrumento, autor(es)	Versões e/ou variações no nome*	Países de publicação*	Caracterização do instrumento
Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) Cox et al. ²⁵	EPDS ou Edinburgh Depression Scale (EDS), EPDS versão no Zimbábue.	Reino Unido (5); Chile (4); Holanda (3); Austrália (3); Arábia Saudita (2); Turquia (2); EUA (2); Peru (2); África do Sul (1); Síria (1); Omã (1); Irã (1); Itália (1); Zimbábue (1); Brasil (1); Canadá (1).	<ul style="list-style-type: none"> • Autoaplicável. • Número de questões: Composto por 10 itens. • Finalidade: avaliar a presença e intensidade dos sintomas depressivos nos últimos 7 dias • Critérios de pontuação: divididos em quatro graduações (0 a 3) com pontuação total de 30 pontos.²⁵
Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) Zigmond and Snaith ²⁶	HADS ou HAD, HADS-D - Hospital Anxiety and Depression Scale Subscale, HADS - versão árabe e versão alemã.	Reino Unido (12); Suécia (3); Emirados Árabes Unidos (2); Holanda (2); Lituânia (2); Alemanha (2); Itália (1); França (1); Colômbia (1); Irlanda (1); Catar (1); Canadá (1); Portugal (1).	<ul style="list-style-type: none"> • Autoaplicável. • Número de questões: 14 itens e dividido em 2 subescalas: uma de ansiedade e uma de depressão, com 7 itens cada. • Finalidade: avaliar os sintomas de ansiedade e depressão na última semana. • Critérios de pontuação: Escores de 0–7 pontos: diagnóstico improvável; 8–11 pontos: possível; e 12–21 pontos: diagnóstico provável.²⁶
Composite International Diagnostic Interview (CIDI) Robins et al. ²⁷	CIDI-PHC, CIDI-12, M-CIDI (versão Munich), Composite International Diagnostic Interview (CIDI-S) com 19 itens.	Holanda (6); EUA (6); Alemanha (4); Austrália (2); Espanha (2); Brasil (2); Estônia (1); Nova Zelândia (1); Malásia (1); Israel (1); Rússia (1); Noruega (1); Canadá (1); Dinamarca (1).	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista diagnóstica estruturada, aplicada por entrevistador não-clínico treinado e certificado. • Número de questões: composto por 41 módulos clínicos e não clínicos • Finalidade: identificar transtornos mentais e do comportamento em estudos epidemiológicos. Estima o índice de prevalência de diversos transtornos mentais no decorrer da vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias. Descreve o perfil sintomático e a história do adoecimento, gravidade, nível de incapacitação e tratamento de cada transtorno avaliado. O CIDI 3.0 foi ampliado e expandido para ser usado no estudo mundial de saúde mental <i>World Mental Health Surveys</i>.²⁷ • Critérios de pontuação: diagnóstico gerado a partir de algoritmos às respostas com base nas definições e critérios diagnósticos da Classificação Internacional de Doenças (CID), da Organização mundial da Saúde e do DSM-IV.
General Health Questionnaire (GHQ) Goldberg and Williams ²⁸	GHQ-60, GHQ-12, GHQ-30, GHQ-28.	Reino Unido (6); EUA (4); Itália (2); Alemanha (2); França (2); Austrália (1); Holanda (1); Catar (1); Equador (1).	<ul style="list-style-type: none"> • Autoaplicável. • Número de questões: versão original com 60 itens. Disponível em versões de 60, 30, 28, 20 e 12 itens. • Finalidade: identificar os casos de transtornos mentais comuns ou de morbidades psiquiátricas menores com base nos sintomas descritos nas duas últimas semanas • Critérios de pontuação: Itens respondidos são avaliados em “menos do que o normal” até “muito mais do que o habitual”, em uma escala de 1–4 pontos. Para o cálculo do score total, são atribuídos valores a cada item; os dois métodos de pontuação mais comumente utilizados são o dicotômico (0-0-1-1) ou tipo <i>Likert</i> (0-1-2-3).²⁸

Continua...

Quadro 1. Continuação.

Instrumento, autor(es)	Versões e/ou variações no nome*	Países de publicação*	Caracterização do instrumento
Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD) Spitzer et al. ²⁹	PRIME-MD Patient Questionnaire (PQ) ¹ , PRIME-MD Clinician Evaluation Guide (CEG).	EUA (10); Holanda (2); Finlândia (1); Suécia (4); Não cita o País (2)	<ul style="list-style-type: none"> • PRIME-MD PQ: Autoaplicável. • Finalidade: avaliar cinco grupos gerais de transtornos mentais comuns com sintomas no último mês. • Número de questões e critérios de pontuação: Composto por 26 questões, sendo 25 dicotômicas (sim/não) e uma questão sobre saúde global do paciente com cinco possíveis respostas (Excelente, Muito boa, Boa, Regular ou Ruim) • PRIME-MD CEG: Entrevista estruturada. • Composta por 5 módulos. • Finalidade: avaliar sintomas depressivos, ansiosos, somatoformes, alimentares e de abuso/dependência de álcool. • Números de questões e critérios de pontuação: os módulos específicos são aplicados com base nas respostas positivas às perguntas de triagem no PRIME-MD PQ.²⁹
Clinical Interview Schedule-Revised (CIS-R) Lewis et al. ³⁰	CIS, CIS-Revised (CIS-R).	EUA (3); Espanha (2); Grécia (2); Japão (1); Croácia (1); China (1); Holanda (1); Nova Zelândia (1); Não cita o País (1).	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista diagnóstica estruturada aplicada por entrevistador treinado. • Número de questões: 14 módulos, sendo 2 questões obrigatórias de rastreio em cada módulo, investigando a ocorrência de sintomas nos últimos 30 dias, seguidas de 4 questões avaliando sintomas nos últimos 7 dias, em caso de resposta positiva às 2 primeiras (totalizando 84 questões). • Finalidade: o CIS-R deriva da sua versão original CIS, usada por entrevistadores clínicos, para a avaliação de transtornos mentais não psicóticos.³⁰ • Critérios de pontuação: os itens são pontuados de 0 a 4 (ou 5) dependendo da gravidade e frequência dos sintomas. Pontuação total de 0 a 57 pontos. Diagnóstico realizado a partir da aplicação de algoritmos, com base na CID-10.
Zung Self-Rating Depression Scale of Distress (ZSDS) Zung ³¹	Zung Self-Rating Depression Scale of Distress and Risk Assessment Method (SDS-Zung ou ZSDS ou SDS), ZSDS versão chinesa e versão japonesa.	Reino Unido (7); Brasil (1), China (1), México (1); Paquistão (1); Quênia (1); Emirados Árabes Unidos (1); Índia (1).	<ul style="list-style-type: none"> • Autoaplicável. • Número de questões: 20 itens. • Finalidade: avaliar os sintomas afetivos, psicológicos e somáticos nos últimos dias. • Critérios de pontuação: escala <i>Likert</i> varia de 1 (pequena parte de tempo) a 4 (grande parte do tempo). A pontuação máxima é 80 pontos; <50 pontos: normal; 50-59 depressão leve, 60-69 depressão moderada e acima de 70 pontos, depressão grave.³²
Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale (MADRS) Montgomery and Åsberg ³³	MADRS-Self-Rated version (MADRS-S).	Suécia (9); China (1); França (1).	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicado por entrevistador. • Número de questões: 10 itens, sendo 9 baseados no relato do paciente e 1 item, na observação do examinador. • Finalidade: avalia os sintomas depressivos com base no comportamento durante a última semana. • Critérios de pontuação: somatória de pontos que variam de 0-60 pontos.³³

Continua...

Quadro 1. Continuação.

Instrumento, autor(es)	Versões e/ou variações no nome*	Países de publicação*	Caracterização do instrumento
Hopkins Symptom Checklist (HSCL) Derogatis et al. ³⁴	Hopkins Symptom Checklist Depression Scale (HSCL-D), Hopkins Symptom Checklist Depression Scale- 90 itens (HSCL-90 ou SCL-90-R), Hopkins Symptom Checklist Depression Scale- 20 itens (HSCL – 20), Hopkins Symptom Checklist-10 (HSCL-10).	EUA (4); Suécia (1); Reino Unido (1); Noruega (1); Não cita o país (1).	<ul style="list-style-type: none"> • Autoaplicável. • Número de questões: 25 itens, onde 10 itens avaliam sintomas de ansiedade e 15 itens. • Finalidade: avaliar os sintomas depressivos no último mês. • Critérios de pontuação: escala Likert de 1–4 (1=nada, 2=um pouco, 3=bastante e 4=extremamente). Os escores são calculados para os 10 itens de ansiedade e para os 15 itens de depressão. A pontuação total (média de todos os 25 itens) também é calculada.³⁴
Self-Reporting Questionnaire Harding et al. ³⁵	SRQ – 20, SRQ-20 versão árabe, SRQ –25.	Brasil (2); Etiópia (1); Vietnã (1); Quênia (1); Emirados Árabes Unidos (1); Uganda (1); Índia (1).	<ul style="list-style-type: none"> • Autoaplicável. • Número de questões: instrumento original com 30 itens (20 para o rastreio de transtornos mentais não psicóticos, cinco para transtornos decorrentes do álcool e quatro para sintomas psicóticos).³⁵ • Finalidade: rastreio de transtornos mentais com ocorrência de sintomas dos últimos 30 dias. • Critérios de pontuação: somatória das respostas dicotômicas (sim/não).
Diagnostic Interview Schedule's (DIS) Robins et al. ³⁶	DIS- Revised (DIS-R)	EUA (5); Canadá (1); Não cita o País (1).	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista estruturada aplicada por entrevistadores treinados. • Finalidade: diagnóstico era realizado com base em três critérios: DSM-III, Critérios de <i>Feighner e o Research Diagnostic Criteria</i> (RDC). Abrange mais de 30 transtornos mentais, através de algoritmos. • Critérios de pontuação: os resultados fornecem uma contagem total de pontos baseado nos sintomas (ao longo da vida, nas últimas duas semanas, no último mês, nos últimos seis meses, no último ano e atualmente) para cada um dos três sistemas.³⁶
Major Depression Inventory (MDI) Bech and Wermuth ³⁷	MDI -3 itens (MDI-3)	Dinamarca (5); Israel (1); Croácia (1).	<ul style="list-style-type: none"> • Autoaplicável. • Número de questões: 10 itens, sendo que o 8 e 10 apresentam dois subitens. • Finalidade: avaliar a frequência dos sintomas de depressão apresentados nas duas últimas semanas³⁷ com base na CID-10 e DSM-IV, além de estimar a gravidade dos sintomas. • Critérios de pontuação: escala <i>Likert</i> de 0–5 pontos, sendo 0 “em nenhum momento” e 5 “o tempo todo.” Escore total de 0–50; pontuação de corte de 26 pontos.
Children's Depression Rating Scale Poznanski et al. ³⁸	Children's Depression Rating Scale-Revised (CDRS-R)	EUA (2); Índia (4).	<ul style="list-style-type: none"> • Entrevista semiestruturada aplicado por entrevistador clínico por meio de entrevista com a criança e os pais • Finalidade: diagnóstico de depressão na infância/ adolescência. • Número de questões: 17 itens, com subitens variando de 1–5 ou 1–7. • Critérios de pontuação: totalizam de 17 a 113 pontos, sendo ≥ 40 é indicativa de depressão; ≤ 28 pontos é frequentemente usada para definir remissão.³⁹

Continua...

Quadro 1. Continuação.

Instrumento, autor(es)	Versões e/ou variações no nome*	Países de publicação*	Caracterização do instrumento
Kiddie-Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) Kaufman et al. ⁴⁰	Não apresentou versões nos estudos avaliados	EUA (2); Índia (3); Reino Unido (1).	<ul style="list-style-type: none"> Entrevista semiestruturada aplicada por entrevistador clínico, com experiência em psicopatologia da infância e adolescência, em crianças/adolescentes e nos pais. Finalidade: avaliar 20 categorias diagnósticas, investigando sintomas atuais e ao longo da vida. Composta por (1) parte introdutória; (2) sessão de rastreamento; (3) suplemento para o diagnóstico e (4) Escala de Avaliação Global de Crianças. Crítérios de pontuação: a maioria dos itens do K-SADS-PL é pontuada com escala de 0-3 pontos.⁴⁰
Escala K-10 de Kessler Kessler et al. ⁴¹	Escala K-10 de Kessler (K-10), Escala K-6 de Kessler (K-6).	Etiópia (2); Holanda (2); México (1).	<ul style="list-style-type: none"> Autoaplicável. Número de questões: O K10 é composto por 10 itens, sendo o K6 um subconjunto usando apenas os itens 2, 4, 5, 8, 9 e 10. Finalidade: As escalas K10 e K6 avaliam aspectos comportamentais, emocionais e cognitivos indicando o sofrimento psicológico inespecífico nos últimos 30 dias. Crítérios de pontuação: escala Likert variando de 1 a 5, sendo 1 “nunca” e 5 “o tempo todo”. Escore total de 6-50 (K10) pontos e 6-30 (K6)^{41,42}

Fonte: autores

Legenda: * O artigo pode ter citado dois ou mais instrumentos, versão/variação e país.

em termos de objetivos, metodologia, cenário de pesquisa e apresentação dos resultados não tornou viável essa análise.

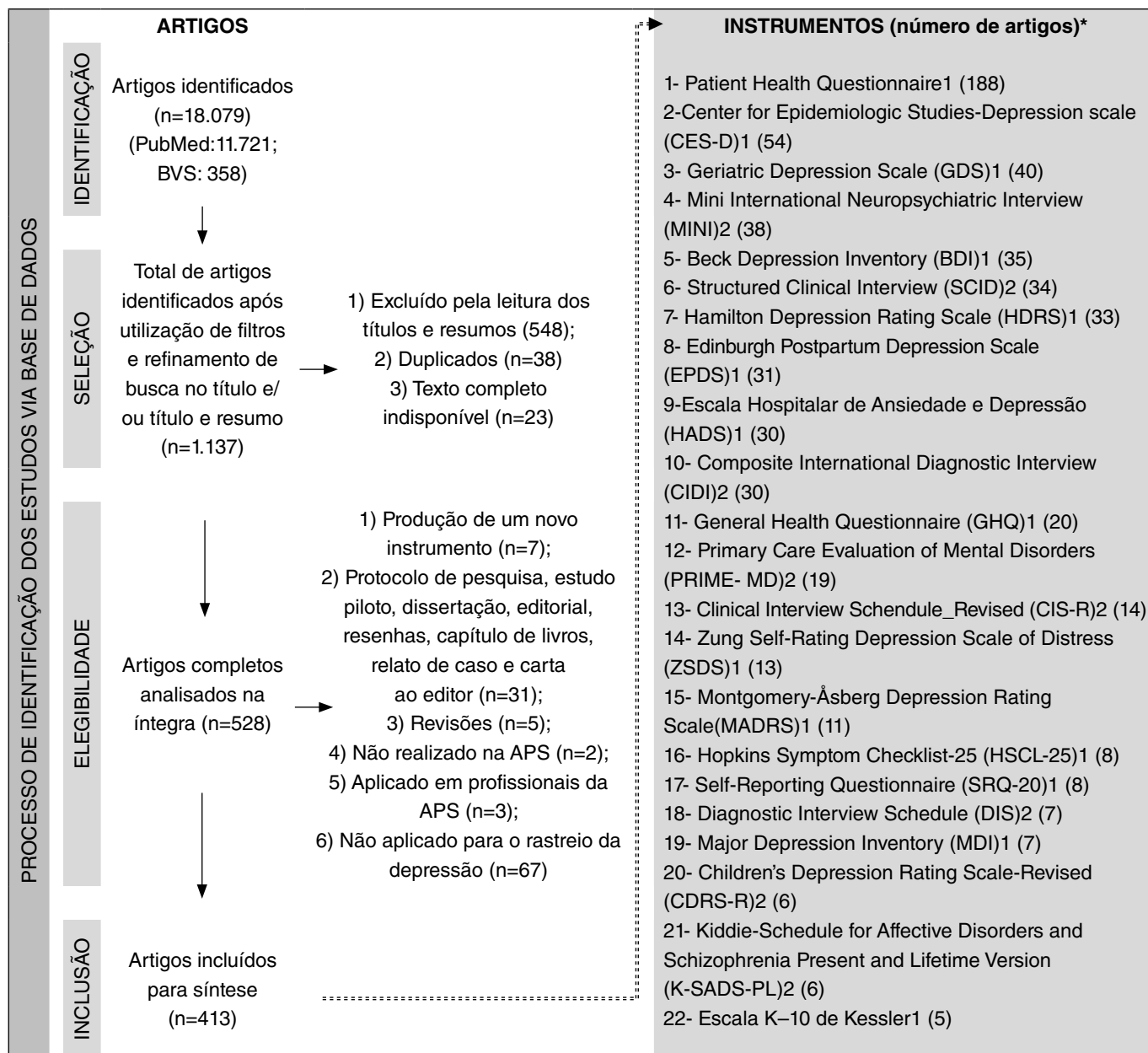
A diferenciação entre instrumentos de rastreio e entrevistas diagnósticas se baseou no conhecimento consolidado na área de epidemiologia dos transtornos mentais. Esse campo possui uma categorização bem estabelecida e clara quanto aos objetivos de cada instrumento na literatura, seja para rastreamento ou diagnóstico.

RESULTADOS

Caracterização dos estudos

A estratégia de busca resultou na identificação de um total de 18.079 publicações, das quais 17.721 foram obtidas da base de dados MEDLINE e 358 da LILACS. Após a aplicação dos filtros de idioma e a avaliação dos títulos e resumos, restaram 1.137 artigos relevantes. Posteriormente, houve a exclusão de artigos que não se alinhavam com a temática (totalizando 548), de duplicatas (38) e de estudos com texto completo indisponível (23), o que resultou em 528 estudos para leitura na íntegra. Após essa leitura detalhada, 413 artigos foram considerados para análise, conforme apresentado na Figura 2.^{13,14}

Dos estudos incluídos, 49 foram publicados entre 1985 e 2000, 135 entre 2001 e 2010, e 229 entre 2011 e 2021, demonstrando uma média anual de 11 artigos e uma progressiva elevação nas publicações sobre o tema.



Fonte: autores, adaptado de Page et al.¹⁴

Legenda: *O artigo pode ter citado um ou mais instrumentos: 1. Instrumento de rastreamento; 2. Entrevista diagnóstica.

Figura 2. Fluxograma do processo de seleção dos artigos incluídos e instrumentos avaliados na revisão integrativa adaptado do *Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analyses (PRISMA)*.¹³

Em relação aos objetivos das pesquisas, observaram-se as seguintes categorias: descrição da prevalência e/ou incidência de depressão em uma determinada população (164); validação do instrumento em um novo idioma ou população (128); investigação da correlação entre depressão e outras condições, como diabetes, neoplasias, hipertensão arterial e HIV (77); avaliação de intervenções terapêuticas em pacientes com depressão (50); e análise da capacidade dos médicos em diagnosticar a depressão (16).

Os estudos envolveram participantes de 68 países. Em termos continentais, predominaram publicações de países europeus (155), com destaque para o Reino Unido (45) e a Holanda (20), seguidos pela América do Norte (134), com 124 artigos originados nos Estados Unidos. Na Ásia, foram publicados

61 artigos, destacando-se a China (13) e a Índia (10). Na América do Sul, foram incluídas 29 publicações, com 16 do Brasil e oito do Chile. A África contribuiu com 20 publicações, a Oceania com 15 e, na América Central, somente uma publicação foi encontrada. Por fim, em nove artigos, o local de realização do estudo não foi mencionado.

Em relação ao tamanho das amostras, prevaleceram estudos com mais de 500 participantes (200), enquanto 83 artigos avaliaram uma população inferior a 199 participantes. Quanto à faixa etária, os estudos incluíram exclusivamente adultos não idosos (186); somente a população idosa (70); idosos e adultos juntos (135); ou apenas adolescentes de 11 a 17 anos (22). Alguns estudos enfocaram gênero, com 41 direcionados à população feminina e somente um ao público masculino adulto.

Além disso, merecem destaque os estudos voltados para populações ou grupos específicos, como indivíduos com diabetes mellitus (18), doenças cardiovasculares (7), gestantes (14) e mulheres no pós-parto (19). Também foram identificados estudos com imigrantes, veteranos militares e adultos de diversas origens étnicas.

Instrumentos identificados

Conforme mencionado anteriormente, foram identificados 22 instrumentos que foram empregados em cinco ou mais publicações. Observou-se a utilização simultânea de dois ou mais instrumentos em 198 estudos, muitas vezes com o propósito de controle ou comparação diagnóstica (Quadro 1).¹⁵⁻⁴²

O *Patient Health Questionnaire* (PHQ) destacou-se como o instrumento de rastreio mais empregado (em 188 estudos), seguido pela *Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale* (CES-D) (em 54 estudos). Foram utilizadas oito entrevistas diagnósticas nos estudos, sendo a *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) a mais frequente, utilizada em 38 estudos.

DISCUSSÃO

Esta revisão tem como objetivo abordar a necessidade de melhorar o cuidado oferecido na APS para indivíduos com transtornos depressivos, devido à sua alta prevalência. O foco está na identificação dos instrumentos de rastreio e diagnóstico mais utilizados em estudos que envolvem usuários nesse nível de atendimento.

Contudo, é fundamental distinguir entre o uso de instrumentos de rastreio por meio de escalas rápidas, que visam aumentar a detecção precoce de casos suspeitos, e a importância da avaliação clínica por meio de entrevistas diagnósticas estruturadas posteriormente. Essas entrevistas têm a finalidade de reduzir a heterogeneidade na coleta e interpretação dos sintomas, resultando em diagnósticos estabelecidos por algoritmos baseados em critérios predefinidos.

Apesar da necessidade de mais estudos, especialmente aqueles que se dediquem a analisar sistematicamente os benefícios e desafios da incorporação desses instrumentos na prática cotidiana dos profissionais da APS, tais ferramentas podem contribuir para uma detecção mais eficaz de indivíduos com depressão, permitindo uma abordagem completa em tempo hábil. Considerando que a literatura enfatiza as dificuldades ainda presentes na APS para efetuar diagnósticos precisos em saúde mental e proporcionar tratamento adequado a grandes segmentos da população, essa estratégia merece uma análise mais aprofundada no contexto dos cuidados primários. No entanto, é importante também ponderar sobre o potencial risco de sobrediagnóstico e sobretratamento (prevenção quaternária).^{43,44}

Alguns dos instrumentos de rastreio mais comumente utilizados em pesquisas na APS, como o PHQ-9, o CES-D e o SRQ, apresentam características que os tornam potencialmente vantajosos para o contexto clínico desse nível de atendimento. Eles são de fácil utilização e possuem baixo custo, além de possuírem uma capacidade discriminatória elevada na distinção entre casos e não casos. Além disso, esses instrumentos têm um número reduzido de perguntas, o que significa que sua aplicação exige menos tempo e não necessita de treinamento especializado. Eles também são de acesso gratuito, autoaplicáveis e já contam com uma ampla experiência global em seu uso. Além de abordarem mais de um transtorno, como é o caso dos transtornos alimentares, suas propriedades psicométricas já foram avaliadas em diversas populações.⁴⁵ Em algumas circunstâncias, especialmente em regiões com carência de profissionais de saúde e alta vulnerabilidade social, a incorporação de alguns desses instrumentos na rotina de trabalhadores comunitários de saúde poderia ser viável, desde que assegurados os encaminhamentos necessários e o acesso ao tratamento apropriado.

No entanto, uma parte dos instrumentos de rastreio identificados pode apresentar desafios para sua aplicação diária na APS. Por exemplo, alguns instrumentos podem não estar disponíveis para uso público (como o Inventário de Beck), ou podem conter muitas questões (como no caso das versões mais longas do HSCL e GHQ), o que requer mais tempo para serem aplicados. Além disso, esses instrumentos podem ter menos experiência de uso na APS, não terem sido validados para o idioma ou contexto assistencial em questão, possuírem sistemas de pontuação e critérios de positividade complexos e pouco práticos para o ambiente cotidiano, serem direcionados apenas para certos grupos populacionais (como idosos), ou se concentrarem em grupos específicos (por exemplo, puérperas), mas não avaliarem aspectos relevantes para a APS, como é o caso do EPDS, que não considera experiências específicas da maternidade e da interação mãe-bebê. Adicionalmente, os resultados desses instrumentos podem ser fortemente influenciados por características clínicas dos pacientes, como fadiga ou transtornos do sono, o que pode resultar em distorções e dificuldades na avaliação dos resultados em um ambiente clínico diversificado como a APS.^{46,47}

Nesse sentido, destaca-se que, no Brasil, foram validados os instrumentos de rastreio PHQ-9,⁴⁸ SRQ,⁴⁹ CES-D,⁵⁰ GDS,⁵¹ HAD,⁵² Inventário de Beck,²¹ GHQ⁵³ e MDI.⁵⁴ O K6 foi traduzido para o português, mas ainda há carência de estudos sobre suas propriedades psicométricas para a população brasileira.⁴⁵

Quanto as entrevistas diagnósticas, os desafios em sua integração à APS assemelham-se aos dos instrumentos de rastreio. A aplicação prática desses instrumentos diagnósticos no cenário clínico da APS pode ser complexa, especialmente devido à necessidade de treinamento, que pode incluir formação em psiquiatria, ou mesmo à exigência de experiência em psiquiatria infantil, dependendo do público em análise.^{45,55} O tempo maior de aplicação também pode ser um dificultador de sua implementação em contextos sobrecarregados com excesso de demanda por atendimento. Por outro lado, são poucas as entrevistas diagnósticas validadas na APS, como é o caso da *MINI* e da *CIS-R*.³⁰⁻⁵⁶ Portanto, são necessários estudos adicionais para uma avaliação completa da implementação dessas ferramentas na APS, levando em consideração as diversas variações socioeconômicas e culturais.

Da totalidade de trabalhos identificados nesta revisão integrativa, percebem-se algumas lacunas e a necessidade de maior ênfase em alguns aspectos. Como se viu, os estudos são predominantemente concentrados na Europa e América do Norte. O Sul Global tem uma presença muito menor nos estudos, embora seja fortemente afetado pela problemática dos transtornos mentais, especialmente a depressão. Isso se aplica ao caso do Brasil, embora este seja o país com maior número de estudos na América Latina. Esse fato tem um impacto significativo quando se trata de elaborar, validar, traduzir

e adaptar instrumentos de rastreio e diagnóstico de condições de saúde tão sensíveis aos aspectos culturais e sociais, como é o caso da depressão. Ainda em relação ao Brasil, também se observa uma concentração desses estudos na região Sudeste, em especial no Rio de Janeiro e em São Paulo, o que pode levantar questões relacionadas à adequação transcultural, ligadas também a fatores internos dos países.⁴⁵

Outro aspecto importante refere-se ao cenário assistencial no qual os instrumentos foram validados, traduzidos e adaptados. Alguns instrumentos utilizados em estudos na APS não foram validados nesse nível de atendimento ou na população em geral, sendo mais comum isso ocorrer no ambiente hospitalar. Isso é evidente nos estudos que utilizam o HADS, uma escala de origem hospitalar.²⁶ É necessário um esforço para garantir que os instrumentos utilizados na APS sejam adequados do ponto de vista semântico (garantindo o significado das palavras), idiomático (considerando as expressões), experiencial (assegurando a equivalência dos fatos cotidianos vividos) e conceitual, bem como do ponto de vista assistencial.

Também é evidente a falta de estudos em certas populações que são de grande relevância para a APS, como é o caso do grupo infantil. A APS oferece cuidados integrais e longitudinais a todos os grupos etários e sociais, sem distinção. No entanto, transtornos depressivos são comuns em toda a população, e o problema do subdiagnóstico e da não instituição do tratamento mais adequado em tempo oportuno afeta todos os grupos. Nesse sentido, é crucial buscar evitar perpetuar desigualdades e iniquidades no acesso ao cuidado por meio da adoção de estratégias para aprimorar a atenção oferecida, como a utilização de instrumentos de rastreio e entrevistas diagnósticas.

Quanto às limitações desta revisão, é importante mencionar que nem todos os procedimentos recomendados para uma revisão sistemática da literatura foram realizados, o que poderia ter resultado na omissão de estudos relevantes para o objetivo do artigo. Além disso, a seleção de estudos foi baseada em critérios que exigiam a menção do instrumento no título e/ou resumo do artigo, o que pode ter levado a algumas limitações e à perda de estudos relevantes. No entanto, foram adotados diversos procedimentos para aprimorar esta revisão integrativa, como a ausência de restrição de período para a busca, a busca em bases de dados robustas (inclusive uma específica para o contexto latino-americano) e a análise dos artigos por pelo menos dois pesquisadores.

Por outro lado, não foram conduzidas análises específicas de qualidade para cada artigo selecionado, o que poderia fornecer informações sobre os instrumentos frequentemente usados em estudos de alta qualidade na área. Dada a natureza da revisão e o objetivo estabelecido, a diversidade dos estudos acaba sendo benéfica ao proporcionar uma visão ampla do campo e identificar lacunas a serem preenchidas na literatura, especialmente aquelas de maior interesse para a APS e o contexto socioeconômico da população.

Nessa perspectiva, a utilização de instrumentos de rastreio e entrevistas diagnósticas amplamente empregados em estudos epidemiológicos, geralmente aplicados por entrevistadores leigos treinados ou profissionais de saúde capacitados, oferece estimativas padronizadas e a possibilidade de aumentar a detecção e o tratamento precoce dos transtornos depressivos na população adulta.^{8,15,16}

Considerando a posição estratégica que a APS ocupa como modelo de atenção no sistema de saúde, organizando seus serviços com base em atributos como acesso, integralidade e oferta de cuidados contínuos ao longo do tempo, funcionando como a porta de entrada preferencial no sistema de saúde para novos problemas individuais e familiares, bem como crises de problemas crônicos, é responsabilidade da APS conduzir o processo de filtragem e identificação precoce dos sintomas depressivos.⁵⁷

Dado o elevado índice de prevalência da depressão e o papel crucial desempenhado pela APS no rastreamento e diagnóstico de transtornos mentais, o objetivo deste estudo foi identificar e descrever, por meio de uma revisão da literatura, os principais instrumentos de rastreamento e entrevistas diagnósticas empregados na avaliação dos sintomas depressivos em pacientes que buscam assistência na APS. Isso poderá ter impacto positivo na prática clínica, facilitando a identificação de casos de depressão, a detecção de grupos de maior risco, o planejamento, a implementação e o acompanhamento de intervenções terapêuticas, bem como a proposição de estratégias para orientar políticas públicas relacionadas à atenção à saúde mental.

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo (FAPES) pelo financiamento de bolsa de iniciação científica.

CONFLITO DE INTERESSES

Nada a declarar.

CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

MVB: Administração do projeto, Análise formal, Curadoria dos dados, Escrita – primeira redação, Escrita – revisão e edição, Investigação, Metodologia, Validação. TFP: Investigação. MLP: Investigação. TCL: Investigação. ESP: Investigação. KCC: Investigação. TDS: Administração do projeto, Análise formal, Escrita – revisão e edição, Metodologia, Supervisão. MCV: Administração do projeto, Análise formal, Escrita – revisão e edição, Metodologia, Obtenção de financiamento, Supervisão.

REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Depression and other common mental disorders: global health estimates [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [acessado em 02 maio 2021]. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/254610>
2. Hawton K, Saunders K, Topiwala A, Haw C. Psychiatric disorders in patients presenting to hospital following self-harm: a systematic review. *J Affect Disord* 2013;151(3):821-30. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.08.020>
3. Pavkovic B, Zaric M, Markovic M, Klacar M, Huljic A, Caricic A. Double screening for dual disorder, alcoholism and depression. *Psychiatry Res*. 2018;270:483-9. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.013>
4. GBD 2019 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020;396(10258):1204-22. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30925-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30925-9)
5. Bromet E, Andrade LH, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, Girolamo G, et al. Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Med*. 2011;9:90. <https://doi.org/10.1186/1741-7015-9-90>
6. Coyne JC, Schwenk TL, Fechner-Bates S. Nondetection of depression by primary care physicians reconsidered. *Gen Hosp Psychiatry* 1995;17(1):3-12. [https://doi.org/10.1016/0163-8343\(94\)00056-j](https://doi.org/10.1016/0163-8343(94)00056-j)
7. Dantas G, Koplín C, Mayer M, Oliveira FA, Hidalgo MPL. Prevalência de transtornos mentais menores e subdiagnóstico de sintomas depressivos em mulheres na atenção primária. *Rev HCPA* 2011;31(4):418-21.
8. Kagee A, Tsai AC, Lund C, Tomlinson M. Screening for common mental disorders in low resource settings: reasons for caution and a way forward. *Int Health* 2013;5(1):11-4. <https://doi.org/10.1093/inthealth/ih004>
9. Pupo LR, Rosa TEC, Sala A, Feffermann M, Alves MCGP, Morais MLS. Saúde mental na Atenção Básica: identificação e organização do cuidado no estado de São Paulo. *Saúde Debate* 2020;44(spe3):107-27. <https://doi.org/10.1590/010311042020E311>
10. Facchini LA, Tomasi E, Dilélio AS. Qualidade da Atenção Primária à Saúde no Brasil: avanços, desafios e perspectivas. *Saúde Debate* 2018;42(spe1):208-23. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S114>

11. Bolsoni LM, Zuardi AW. Estudos psicométricos de instrumentos breves de rastreio para múltiplos transtornos mentais. *J Bras Psiquiatr.* 2015;64(1):63-9. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000058>
12. Castelo MS, Coelho-Filho JM, Carvalho AF, Lima JWO, Noletto JCS, Ribeiro KG, et al. Validity of the Brazilian version of the Geriatric Depression Scale (GDS) among primary care patients. *Int Psychogeriatr.* 2010;22(1):109-13. <https://doi.org/10.1017/S1041610209991219>
13. Liberati A, Altman DG, Tetzlaff J, Mulrow C, Gøtzsche PC, Ioannidis JPA, et al. The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: explanation and elaboration. *PLoS Med* 2009;6(7):e1000100. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>
14. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *Sys Rev* 2021;29(1):89. <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01626-4>
15. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. *Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA* 1999;282(18):1737-44. <https://doi.org/10.1001/jama.282.18.1737>
16. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001;16(9):606-13. <https://doi.org/10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x>
17. Radloff LS. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. *Appl Psychol Meas* 1977;1(3):385-401. <https://doi.org/10.1177/014662167700100306>
18. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res* 1982;17(1):37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
19. Sheehan DV, Lecrubier Y, Sheehan KH, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59 Suppl 20:22-33; quiz 34-57. PMID: 9881538
20. Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961;561-71. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1961.01710120031004>
21. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo Neto F, Andrade LH, Wang YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Braz J Psychiatry* 2012;34(4):389-94. <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.005>
22. Spitzer RL, Williams JB, Gibbon M, First MB. The Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). I: History, rationale, and description. *Arch Gen Psychiatry* 1992;49(8):624-9. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1992.01820080032005>
23. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry.* 1960;23(1):56-62. <https://doi.org/10.1136/jnnp.23.1.56>
24. Bagby RM, Ryder AG, Schuller DR, Marshall MB. The Hamilton Depression Rating Scale: has the gold standard become a lead weight? *Am J Psychiatry* 2004;161(12):2163-77. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.161.12.2163>
25. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987;150:782-6. <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>
26. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67(6):361-70. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
27. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, et al. The composite international diagnostic interview. An epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45(12):1069-77. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800360017003>
28. Goldberg D, Williams P. A user's guide to the general health questionnaire. Windsor: NFER Nelson; 1988
29. Spitzer RL, Williams JB, Kroenke K, Linzer M, deGruy 3rd FV, Hahn SR, et al. Utility of a new procedure for diagnosing mental disorders in primary care. The PRIME-MD 1000 study. *JAMA* 1994;272(22):1749-56. PMID: 7966923
30. Lewis G, Pelosi AJ, Araya R, Dunn G. Measuring psychiatric disorder in the community: a standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychol Med* 1992;22(2):465-86. <https://doi.org/10.1017/s0033291700030415>
31. Zung WW. A self-rating depression scale. *Arch Gen Psychiatry* 1965;12:63-70. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720310065008>
32. Zung WW. A rating instrument for anxiety disorders. *Psychosomatics* 1971;12(6):371-9. [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(71\)71479-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(71)71479-0)
33. Montgomery SA, Åsberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry* 1979;134:382-9. <https://doi.org/10.1192/bjp.134.4.382>
34. Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behav Sci.* 1974;19(1):1-15. <https://doi.org/10.1002/bs.3830190102>
35. Harding TW, de Arango MV, Baltazar J, Climent CE, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L, et al. Mental disorders in primary health care: a study of their frequency and diagnosis in four developing countries. *Psychol Med* 1980;10(2):231-41. <https://doi.org/10.1017/s0033291700043993>
36. Robins LN, Helzer JE, Croughan J, Ratcliff KS. National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule. Its history, characteristics, and validity. *Arch Gen Psychiatry* 1981;38(4):381-9. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1981.01780290015001>
37. Bech P, Wermuth L. Applicability and validity of the Major Depression Inventory in patients with Parkinson's disease. *Nord J Psychiatry* 1998;52(4):305-10. <https://doi.org/10.1080/08039489850149741>
38. Poznanski EO, Cook SC, Carroll BJ. A depression rating scale for children. *Pediatrics* 1979;64(4):442-50. PMID: 492809
39. Poznanski EO, Freeman LN, Mokros HB. Children's depression rating scale – Revised (September 1984). *Psychopharmacol Bull* 1985;21(4):979-89

40. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36(7):980-8. <https://doi.org/10.1097/00004583-199707000-00021>
41. Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E, et al. Screening for serious mental illness in the general population. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(2):184-9. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.2.184>
42. Kessler RC, Green JG, Gruber MJ, Sampson NA, Bromet E, Cuitan M, et al. Screening for serious mental illness in the general population with the K6 screening scale: results from the WHO World Mental Health (WMH) survey initiative. *Int J Methods Psychiatr Res* 2010; 19Suppl1(Suppl1):4-22. <https://doi.org/10.1002/mpr.310>
43. Thombs BD, Ziegelstein RC. Does depression screening improve depression outcomes in primary care? *BMJ* 2014;348:g1253. <https://doi.org/10.1136/bmj.g1253>
44. Negeri ZF, Levis B, Sun Y, He C, Krishnan A, Wu Y, et al. Accuracy of the Patient Health Questionnaire-9 for screening to detect major depression: updated systematic review and individual participant data meta-analysis. *BMJ* 2021;375:n2183. <https://doi.org/10.1136/bmj.n2183>
45. Gorenstein C, Wang YP, Hungerbühler I. Instrumentos de avaliação em saúde mental. Porto Alegre: Artmed; 2016
46. Vázquez MB, Míguez MC. Validation of the Edinburgh postnatal depression scale as a screening tool for depression in Spanish pregnant women. *J Affect Disord* 2019;246:515-21. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.075>
47. Dunstan DA, Scott N. Clarification of the cut-off score for Zung's self-rating depression scale. *BMC Psychiatry* 2019;19(1):177. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2161-0>
48. Santos IS, Tavares BF, Munhoz TN, Almeida LSP, Silva NTB, Tams BD, et al. Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cad Saúde Pública* 2013;29(8):1533-543. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00144612>
49. Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry* 1986;148:23-6. <https://doi.org/10.1192/bjp.148.1.23>
50. Silveira DX, Jorge MR. Propriedades psicométricas da escala de rastreamento populacional para depressão CES-D em populações clínica e não clínica de adolescentes e adultos jovens. *Rev Psiquiatr Clín* 1998;25(5):251-61
51. Paradelo EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev Saúde Pública* 2005;39(6):918-23. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600008>
52. Castro MMC, Quarantini L, Batista-Neves S, Kraychete DC, Daltro C, Miranda-Scippa A. Validade da escala hospitalar de ansiedade e depressão em pacientes com dor crônica. *Rev Bras Anesthesiol* 2006;56(5):470-7. <https://doi.org/10.1590/S0034-70942006000500005>
53. Pasquali L, Gouveia VV, Andriola WB, Miranda FJ, Ramos ALM. Questionário de saúde geral de Goldberg (QSG): adaptação brasileira. *Psicol Teor Pesqui* 1994;10(3):421-37
54. Parcias S, Rosario BP, Sakae T, Monte F, Guimarães ACA, Xavier AJ. Validação da versão em português do Inventário de Depressão Maior. *J Bras Psiquiatr* 2011;60(3):164-70. <https://doi.org/10.1590/S0047-20852011000300003>
55. Brasil HHA. Desenvolvimento da versão brasileira da K-SADS-PL (schedule for affective disorders and schizophrenia for school aged children present and lifetime version) e estudo de suas propriedades psicométricas [tese de doutorado]. São Paulo: Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo; 2003
56. Marques JMA, Zuardi AW. Validity and applicability of the Mini International Neuropsychiatric Interview administered by family medicine residents in primary health care in Brazil. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30(4):303-10. <https://doi.org/10.1016/j.genhosp.psych.2008.02.001>
57. Brasil. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [Internet]. 2017 [acessado em 23 jun. 2021]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html