



FACULDADE DE MEDICINA
UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA – TRABALHO FINAL

ELISABETE ADRIANA RIBEIRO PACHECO

ADAPTAÇÃO CULTURAL E VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO PHQ-9

ARTIGO CIENTÍFICO

ÁREA CIENTÍFICA DE MEDICINA GERAL E FAMILIAR

Trabalho realizado sob a orientação de:

LUIZ MIGUEL SANTIAGO, PROFESSOR DOUTOR

FEVEREIRO 2020

Elisabete Adriana Ribeiro Pacheco

**ADAPTAÇÃO CULTURAL E
VALIDAÇÃO DO QUESTIONÁRIO
PHQ-9**

Curso de Mestrado Integrado em Medicina da Faculdade de
Medicina da Universidade de Coimbra

Avenida 5 de Outubro, 5100-065 Lamego

lisa-070@hotmail.com

ÍNDICE

Resumo	4
Abstract	6
Introdução	8
Material e Métodos	12
Resultados	14
Discussão	22
Conclusão	25
Referências bibliográficas	26

Resumo

Introdução: A qualidade de vida nas suas várias dimensões deve ser estudada por ser um dos determinantes de saúde. Igualmente o estado depressivo pode e deve ser medido. Para tal instrumentos curtos, adaptados culturalmente e validados populacionalmente, devem ser usados, como por exemplo as escalas *European Quality of Life 5 Dimensions* (EQ5-D) e a “*9-Item Patient Health Questionnaire*” PHQ-9.

Objetivo: Realizar a validação do PHQ-9 para a população jovem Universitária em Portugal.

Metodologia: Estudo observacional, transversal, obtido pela aplicação dos questionários PHQ-9 e EQ-5D em formato digital numa amostra de conveniência da população estudantil das Faculdades de Medicina e de Farmácia da Universidade de Coimbra (FMUC e FFUC), associados a inquérito epidemiológico. Realização de análise estatística descritiva e inferencial.

Resultados: Foi obtida uma amostra representativa do tamanho de 126 participantes, dos quais 72 da FMUC (57,1%) e 54 da FFUC (42,9%). Da FMUC, 55 (76,4%) eram do sexo feminino e na FFUC 39 (72,2%) eram do sexo feminino. Realizou-se cálculo de diferença de pontuações globais do PHQ-9 entre as duas Faculdades, verificando-se ser diferente o valor médio, a FFUC apresentando uma pontuação maior $p=0.014$. A pontuação global do PHQ-9 entre os sexos, mostrou diferença, o sexo feminino apresentando uma pontuação mais elevada $p=0,034$. Estudou-se a diferença entre o valor PHQ9 e a questão “Se indicou alguns problemas, até que ponto é que eles dificultaram o seu trabalho, o cuidar da casa ou o lidar com outras pessoas?”, verificando-se diferença significativa, $p<0,001$, observando-se que quanto maior é o nível de impacto dos problemas na vida da pessoa, maior e pior é a pontuação em PHQ-9. Verificou-se haver diferença entre sexos para o item 5 de EQ5D, ansiedade e depressão, $p<0,001$. A qualidade de vida é genericamente pior no sexo feminino. Em relação à questão ética “Julga sofrer de perturbação saúde mental?” não se verificou diferença estatística significativa entre sexos, faculdades ou ano do curso. Observou-se que os estudantes que julgavam sofrer de perturbação de saúde mental tinham significativos piores resultados a nível da pontuação total do PHQ-9, $p<0,001$, e os que julgavam não ter distúrbios a nível de saúde mental tinham uma significativa pior qualidade de vida $p<0,001$.

Discussão: A pertinência deste estudo prende-se com a realização de adaptação cultural e validação de “*9-Item Patient Health Questionnaire*” (PHQ9), para o português na população dos alunos universitários. A escala PHQ9 é usada na prática clínica para diagnóstico de depressão major e minor.

Conclusão: A adaptação cultural e validação do questionário “9-Item Patient Health Questionnaire” (PHQ9) realizado com a escala *European Quality of Life 5 Dimensions* (EQ5D), em amostra de conveniência da população estudantil da FMUC e da FFUC permitiu verificar que o instrumento PHQ-9 permite avaliar adequadamente a existência de sintomas depressivos e que os indivíduos do sexo masculino apresentavam uma melhor saúde mental.

Palavras-chave: PHQ-9; EQ5D; Validação; População Estudantil.

Abstract

Introduction: Quality of life in its various dimensions must be studied as it is one of the determinants of health. Likewise, the depressive state can and must be measured. For such, short, culturally adapted and population-validated instruments should be used, such as the *European Quality of Life 5 Dimensions* (EQ5-D) and the “9-Item Patient Health Questionnaire” PHQ-9 scales.

Objective: To accomplish the PHQ-9 validation for the young university population in Portugal.

Methods: Cross sectional, observational study, applying the PHQ-9 e EQ-5D to Faculty of Medicine and Faculty Pharmacy of the University of Coimbra (FMUC and FFUC) students, associated with an epidemiological survey. Descriptive and inferential statistics were performed.

Results: A size representative sample of 126 participants was studied, of which 72 from FMUC (57,1%) and 54 from FFUC (42,9%). Of FMUC, 55 (76,4%) were female and in the FFUC 39 (72,2%) were female. The PHQ-9 global score difference calculation was performed between the two faculties, FFUC presenting a higher score $p=0.014$. The global PHQ-9 score between genders showed a significant difference, females presenting a higher score $p=0,034$. The difference between the PHQ-9 value and the question “If some problems were indicated, to what extent did they hinder your work, taking care of the house or dealing with other people?” was studied, with a significant difference, $p<0,001$, with higher levels of problem’s impact in those scoring higher in the PHQ-9. There was a difference between genders for item 5 of EQ5D, anxiety and depressions, $p<0,001$. The quality of life was generally worse for women. No significant difference was found for sex, Health school or year being attended to the “ethic” question “Do you think you have a mental health problem?” yes or no. Those students answering self-awareness of suffering from na mental Health problem had significant worst scores for PHQ9, $p<0,001$ and those self-aware of not suffering from mental health problems had significant worst quality of life $p<0,001$.

Discussion: The relevance of this study is related to the cultural adaption and validation of the “9-Item Patient Health Questionnaire” (PHQ9), for Portuguese in a specific population, the university students one. The PHQ-9 scale has already been validated abroad and is used in clinical practice for diagnosing major and minor depression.

Conclusion: The cultural adaptation and validation of the “9-Item Patient Health Questionnaire” (PHQ9) carried out against the *European Quality of Life 5 Dimensions* (EQ5D) scale, in a convenience sample of the FMUC and FFUC student population, allowed to verify that the PHQ-9 instrument allows to adequately assess the existence of depressive symptoms and that male individuals had better mental health.

Key-words: PHQ-9; EQ5D; Validation; Student Population.

Introdução

A qualidade de vida, nas suas várias dimensões deve ser estudada por ser um dos determinantes de saúde. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, qualidade de vida é “a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Envolve o bem-estar espiritual, físico, mental, psicológico e emocional, além de relacionamentos sociais, como família e amigos, também saúde, educação, habitação, saneamento básico e outras circunstâncias da vida. Para tal instrumentos curtos, adaptados culturalmente e validados populacionalmente, devem ser usados, como por exemplo as escalas EQ5-D e a PHQ-9.

A escala EQ5-D permite a junção de duas componentes essenciais de qualquer medida de qualidade de vida relacionada com a saúde a ser usada em avaliações económicas de custo-utilidade: um perfil descrevendo o estado de saúde em termos de domínios ou dimensões; e um valor numérico associado ao estado de saúde anteriormente descrito (1).

O PHQ-9 é um instrumento de diagnóstico, baseado no The Primary Care Evaluation of Mental Disorders (PRIME-MD), com 9 questões avaliando os 9 critérios diagnósticos para depressão major do DSM-IV-TR (2). Este questionário permite avaliar os sintomas de depressão e a gravidade dos mesmos. Vários trabalhos foram realizados com esta escala nomeadamente sobre o seu papel como uma escala válida como rastreio de depressão e medição quantitativa da resposta ao tratamento para esta (3); sobre a sua confiabilidade em avaliar a severidade desta desordem (4); sobre as suas propriedades diagnósticas a nível do cutoff 10, cutoff atribuída depressão moderada (5); sobre a sua utilidade na monitorização dos sintomas dos pacientes por parte dos médicos, melhorando assim os resultados do tratamento em cuidados primários (6) e ainda foi usada num estudo que teve como objetivo compreender como é que se pode usar o grau de severidade da doença para orientar o seu tratamento, chegando à conclusão que se deveria ter cautela no uso dessas escalas para orientar a seleção do tratamento até que os limites para definir os intervalos de gravidade tenham sido empiricamente estabelecidos, devido à disparidade entre as escalas standard estudadas na classificação dos doentes deprimidos em diferentes grupos de severidade (7).

Como é um teste que reflete os critérios de depressão da DSM-IV pode ser utilizado como ferramenta diagnóstica tanto para depressão major como para minor. Neste caso, a depressão major é diagnosticada se 5 ou mais sintomas dos 9 perguntados estiverem presentes em mais de metade dos dias das duas semanas anteriores, sendo que um destes sintomas teria que ser obrigatoriamente humor deprimido ou anedonia. A depressão minor é diagnosticada se 2-4 sintomas estiverem presentes pelo menos em

mais de metade dos dias das duas semanas anteriores, sendo um destes sintomas humor deprimido ou anedonia.

Segundo o DSM-IV-TR (8) (guia para classificação de doenças mentais) podemos classificar a depressão major segundo os seguintes critérios:

A. Presença de 5 ou mais dos seguintes sintomas, durante um período superior a duas semanas, representando uma alteração a partir do funcionamento anterior; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou prazer.

1. Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (por exemplo, chora muito)
2. Interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros)
3. Perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (por exemplo, mais de 5% do peso corporal em um mês) ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias
4. Insónia ou hipersónia
5. Agitação ou lentificação psicomotora
6. Fadiga ou perda de energia
7. Sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias
8. Capacidade diminuída de pensar e concentrar-se, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjectivo ou observação feita por outros)
9. Pensamentos de morte recorrentes, ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio

Deve-se excluir a atribuição destes sintomas aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, droga de abuso ou medicamento) ou de uma condição médica geral (por exemplo, hipotireoidismo).

No caso de diagnóstico de depressão minor (8) teríamos que ter presentes, na maior parte do tempo, pelo menos dois sintomas da lista anterior, num período de duas semanas causando distress ou incapacidade funcional não resultando do consumo de substâncias, luto ou doença concomitante. Este diagnóstico não pode ser feito em doentes com história prévia de depressão major, distímia, distúrbio maníaco-depressivo ou doenças psicóticas.

Para avaliar esta desordem da saúde mental para além da PHQ-9 existem outras escalas designadamente a *Geriatric depression scale* (GDS), *Patient Health Questionnaire* (PHQ) – 2 (tem apenas duas perguntas do PHQ-9), *Hamilton Depression Rating Scale* (HAM-D), *Montgomery-Asberg Depression Rating Scale* (MADRS-S), *Centre for epidemiological Studies – depression scale* (CES-D), *Beck Depression Inventory-II* (BDI-II) e ainda *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (9,10,11,12). As relações humanas são vitais no desenvolvimento de qualquer pessoa. Por conseguinte, subentende-se que uma relação médico-doente baseada na confiança e no sentimento de valorização do sofrimento do paciente produzirá um efeito amplamente positivo em qualquer utente (13;17). Segundo Balint, a doença é um fenómeno tão psicossocial como biológico, por conseguinte os médicos devem ver para além da sintomatologia física e dos sinais, focando-se também na história de antecedentes psicológicos e sociais do doente. (15)

Um dos principais problemas que este tipo de desordens de saúde mental tem é o diagnóstico. Estima-se que a proporção entre os casos de *morbilidade escondida* (isto é, perturbação psiquiátrica não reconhecida pelo médico) e os casos de *morbilidade evidente* (reconhecida pelo médico) poderá ser de 2:1. Isto é, o clínico geral «falhará» o diagnóstico de depressão em 50% dos casos. Uma das razões desta dificuldade de diagnóstico pode ser o facto dos sintomas somáticos «esconderem» a depressão. Isto é: alguns sujeitos que sofrem de depressão tendem a apresentar apenas sintomas somáticos, só vindo eventualmente a manifestar queixas depressivas quando especificamente interrogados. (14)

Num estudo feito em Portugal sobre os sintomas somáticos da depressão verificou-se que 75% dos doentes deprimidos estudados tinham inicialmente consultado o médico com queixas da esfera somática. Apenas 25% do total iniciaram nesse momento uma terapêutica antidepressiva, enquanto 40% foram medicados com ansiolíticos. Em 33% dos casos só após um ano foi iniciado o tratamento antidepressivo. (14)

A arte de saber ouvir revelou ser primordial na relação médico-doente, permitindo diminuir o stress, elevar o poder de decisão, atribuir confiança sobre si mesmo, assegurando a adesão terapêutica durante todo o processo de cura. Esta competência tem também um papel fulcral no que toca à coleção de dados durante a anamnese, melhorando o despiste de sinais e sintomas, e consequentemente a descoberta do diagnóstico. (16)

Quanto aos seus benefícios e as diferentes enfermidades, a maioria dos especialistas em MGF concluiu que a relação médico-doente tinha diversas vantagens, principalmente quando tratavam de patologias do foro psiquiátrico (17). Logo aquando da aplicação de questionários como o PHQ-9 e quando o score obtido indica a presença

de depressão, uma boa relação médico-doente vai ser útil numa colheita de dados mais detalhada, numa melhor adesão à terapêutica farmacológica e não-farmacológica e num seguimento mais atento e mais bem conseguido do desenrolar da doença. A utilização de escalas como esta pode permitir perceber a evolução de sintomas e sinais e adaptar a terapêutica quer farmacológica quer não farmacológica, ao mesmo tempo que ajuda o paciente a perceber a sua própria evolução.

Neste âmbito o objetivo deste trabalho foi a contínua adaptação cultural e validação do questionário “*9-Item Patient Health Questionnaire*” (PHQ9) já adaptada para a população adulta portuguesa, comparando e correlacionando os resultados com a escala *European Quality of Life 5 Dimensions* (EQ5D), já validada para a população portuguesa e usada em clínica, em população jovem universitária.

Material e Métodos

Realizou-se um estudo observacional, transversal e analítico, obtido pela aplicação dos questionários PHQ-9 e EQ-5D em formato digital numa amostra aleatória da população estudantil das Faculdades de Medicina e de Farmácia da Universidade de Coimbra, FMUC e FFUC, associados a um breve inquérito epidemiológico.

A participação foi voluntária, anónima e confidencial, tendo sido colocada questão relativa ao consentimento informado sobre o tipo de estudo e sobre o sigilo em relação às suas respostas e à autorização para análise estatística das mesmas. A aplicação foi feita com recurso à plataforma Google forms sendo a disseminação feita por meio de Comissões de Curso.

Foi aplicada a versão Portuguesa do PHQ-9 que apresenta 9 questões relacionadas com 9 critérios do diagnóstico de depressão maior. Estes itens estão categorizados numa escala ordinal de 4 pontos, indicando com que frequência os sintomas têm estado presentes nas últimas 2 semanas, sendo “nunca = 0”, “em vários dias = 1”, “em mais de metade do número de dias = 2” e “em quase todos os dias = 3”. A última questão desta escala trata o nível de défice funcional, representando a perceção global do paciente sobre o impacto que esta desordem tem na sua qualidade de vida. O prazo de 2 semanas escolhido representa o espaço de tempo usado para diagnosticar transtorno depressivo maior. O score total é calculado somando as classificações dos 9 itens de sintomas (0-27). Os intervalos da severidade neste score: ausência de depressão 0 a 4; depressão leve 5 a 9; depressão moderada 10 a 14; depressão moderadamente severa 15 a 19 e depressão severa 20 a 27. Quando os resultados desta escala são sugestivos da presença de depressão deve ser seguida por uma entrevista clínica, podendo ser usada ainda em contexto de consultas de seguimento para avaliar quantitativamente a resposta de um paciente ao tratamento (2)

Foi simultaneamente aplicada a versão portuguesa do EQ-5D. Esta escala apresenta cinco domínios descritivos do estado de saúde: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Para cada domínio são apresentadas três categorias de resposta: sem problemas (nível 1), alguns problemas (nível 2), problemas severos (nível 3). (1)

O inquérito epidemiológico sobre variáveis sociais continha 3 questões relativas a sexo, variável nominal, curso, variável nominal e ano de curso, variável ordinal.

No final dos dois inquéritos foi acrescentado a questão “Julga sofrer de perturbação saúde mental?”, pergunta ética que corresponde à perceção do próprio sobre o seu estado de saúde.

Foi definida como amostra representativa a de pelo menos 90 respostas.

Realizou-se análise estatística descritiva e inferencial paramétrica e não-paramétrica, bem como correlacional. A diferença estatística foi considerada para $p < 0.01$.

Resultados

Segundo a Tabela 1, responderam ao questionário um total de 126 alunos, dos quais 72 da FMUC (57,1%) e 54 da FFUC (42,9%). Da FMUC, 55 (76,4) eram do sexo feminino e na FFUC 39 (72,2%) eram do sexo feminino. Quanto ao de frequência em cada Mestrado, responderam 31 alunos do 1º ano (24,6%); 17 alunos do 2º ano (13,5%); 13 alunos do 3º ano (10,3%); 15 alunos do 4º ano (11,9%); 20 alunos do 5º ano (15,9%); 30 alunos do 6º ano (23,8%). Na análise inferencial da distribuição de alunos entre Faculdades segundo o sexo e segundo o ano não se verificaram diferenças, com respectivamente $p = 0.371$ e $p = 0.691$.

Tabela 1: Amostra estudada segundo o sexo por Faculdade e ano de frequência.

			Sexo		Total
			Feminino (*)	Masculino (*)	
Faculdade de Medicina	n		55	17	72
	%		58,5%	53,1%	57,1%
Faculdade de Farmácia	n		39	15	54
	%		41,5%	46,9%	42,9%
			(**)	(**)	
Ano	1º	n	25	6	31
		%	26,6%	18,8%	24,6%
	2º	n	12	5	17
		%	12,8%	15,6%	13,5%
	3º	n	9	4	13
		%	9,6%	12,5%	10,3%
	4º	n	13	2	15
		%	13,8%	6,3%	11,9%
	5º	n	11	9	20
		%	11,7%	28,1%	15,9%
	6º	n	24	6	30
		%	25,5%	18,8%	23,8%
Total	n		94	32	126
	%		100,0%	100,0%	100,0%

(*) $p = 0.371$; (**) $p = 0.691$

Realizou-se um Teste F ao questionário PHQ-9 em que se obteve um valor de alfa de cronbach de 0,815. Para cada item o valor de alfa de Cronbach foi superior a 0,7 revelando assim uma boa confiabilidade, segundo a Tabela 2.

Tabela 2: Teste F do PHQ-9

	Estatísticas de item-total			
	Média de escala se o item for excluído	Variância de escala se o item for excluído	Correlação de item total corrigida	Alfa de Cronbach se o item for excluído
Tive pouco interesse ou prazer em fazer coisas]	5,4365	14,728	,571	,789
Senti desânimo, desalento ou falta de esperança	5,5159	15,084	,520	,795
Tive dificuldade em adormecer ou em dormir sem interrupções, ou dormi demais	5,3413	15,283	,367	,818
Senti cansaço ou falta de energia	5,0952	14,151	,667	,776
Tive falta ou excesso de apetite	5,5397	14,538	,511	,797
Senti que não gosto de mim próprio/a — ou que sou um(a) falhado/a ou me desiludi a mim próprio/a ou à minha família	5,7302	14,167	,598	,784
Tive dificuldade em concentrar-me nas coisas, como ao ler o jornal ou ver televisão	5,6190	14,638	,551	,791
Movimentei-me ou falei tão lentamente que outras pessoas poderão ter notado. Ou o oposto: estive agitado/a a ponto de andar de um lado para o outro muito mais do que é habitual	6,0635	16,060	,505	,799
Pensei que seria melhor estar morto/a, ou em magoar-me a mim próprio/a de alguma forma	6,1984	17,168	,389	,811

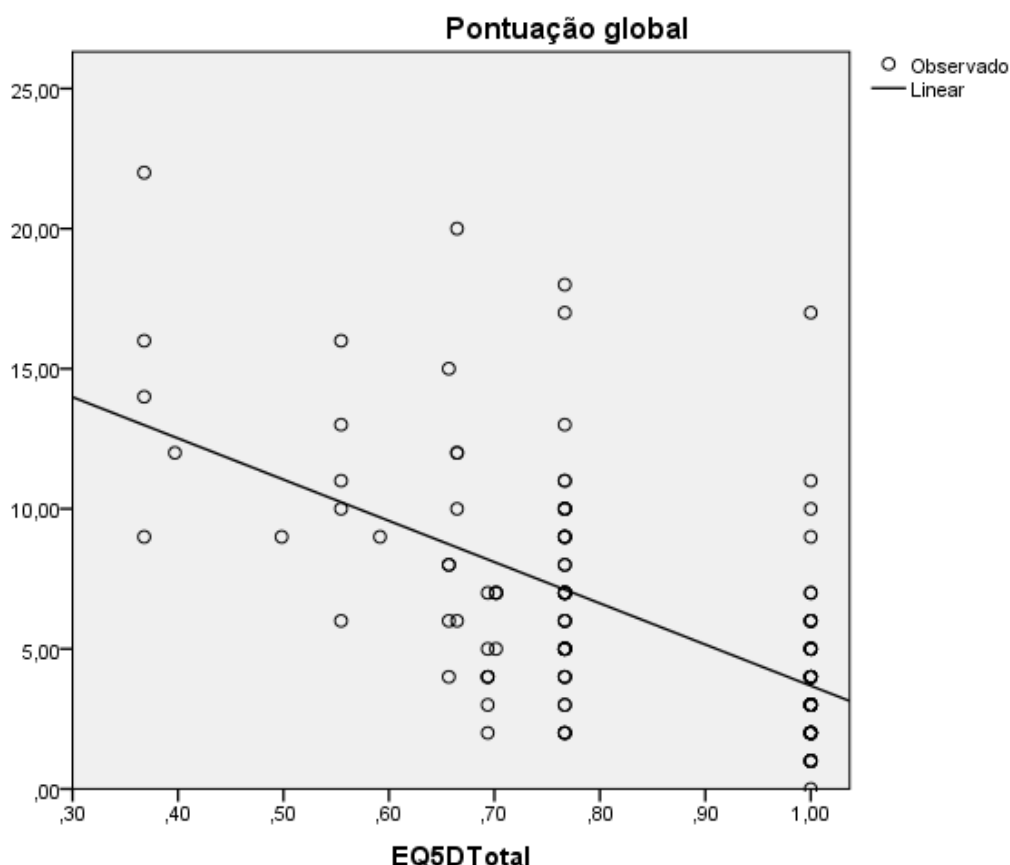
Realizou-se um teste de Kolmogorov-Smirnov para as variáveis numéricas, nomeadamente para as pontuações globais do PHQ-9 e da EQ5D, que revelou, $p < 0.001$, havendo distribuição normal dos seus valores.

A correlação entre as pontuações totais do PHQ-9 e a EQ5D, negativa e com elevada significância uma vez $p = -.588$, $p < 0,01$, revela que as duas pontuações tendem a diminuir em conjunto, quando o resultado de ambas melhora, segundo a Tabela 3.

Tabela 3: Correlação entre pontuações totais do PHQ-9 e a EQ5D

		Pontuação global	EQ5DTotal
Pontuação global	Correlação de Pearson	1	-0.588**
	Sig. (bilateral)		<0.001
	N	126	126

Tal é ilustrado na curva de regressão presente no gráfico 1.



Efetou-se uma correlação entre a pontuação total da PHQ-9 e a última questão do EQ5D sobre ansiedade/depressão em que: 1 - Não estou ansioso/a ou deprimido/a; 2 - Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a e 3 - Estou extremamente ansioso/a

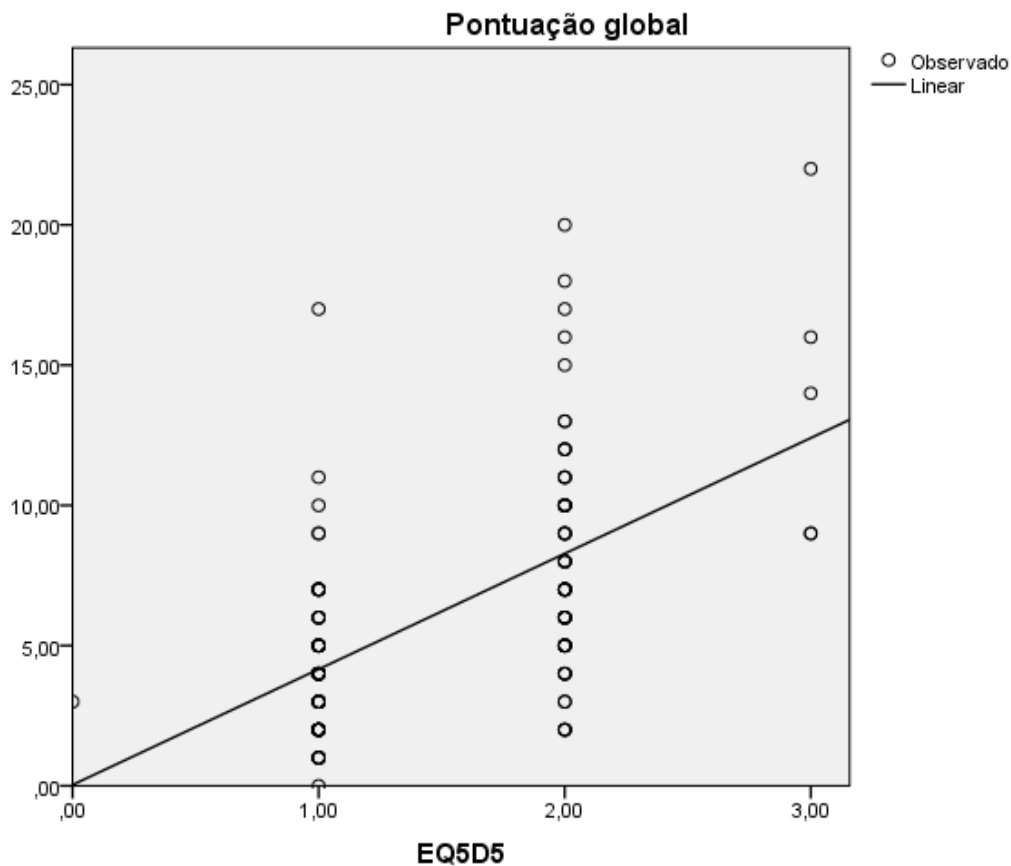
ou deprimido/a. Essa correlação revelou-se positiva moderada e significativa com $\rho=0.562$; $p<0.001$ significa que ambas tendem a aumentar em conjunto, ou seja, quanto maior for a pontuação no PHQ-9 maior vai ser o nível de ansiedade/depressão, segundo a Tabela 4.

Tabela 4: Correlação entre a pontuação total da PHQ-9 e a última questão do EQ5D

		Pontuação global	EQ5D5
Pontuação global	Correlação de Pearson	1	,562**
	Sig. (bilateral)		<0.001
	N	126	126

O gráfico 2 revela esta realidade.

* Curva de estimação.



Realizou-se cálculo de diferença de pontuações globais do PHQ-9 entre as duas Faculdades, Tabela 5, verificando-se não ser diferente o valor médio, $p=0.014$, a FFUC apresentando uma pontuação maior, segundo a Tabela 5.

Tabela 5: Comparação das pontuações globais do PHQ-9 entre a FMUC e a FFUC

Estatísticas de grupo					
	Fac	N	Média	Desvio Padrão	p
Pontuação global PHQ9	Faculdade de Medicina	72	5,5	3,4	0.014
	Faculdade de Farmácia	54	7,5	5,1	

A pontuação global do PHQ-9 entre os sexos, não mostrou diferença, o sexo feminino apresentando uma pontuação mais elevada $p=0.034$, tabela 6.

Tabela 6: comparação das pontuações globais do PHQ-9 entre o sexo feminino e o masculino

Estatísticas de grupo					
	SX	N	Média	Desvio Padrão	p
Pontuação global	Feminino	94	6,8	4,3	0.034
	Masculino	32	4,9	4,1	

Pelo teste de Kruskal Wallis estudou-se a diferença de pontuação PHQ-9 e os diferentes anos de frequência não se verificando diferença significativa, $p=0,164$.

Estudou-se a diferença entre o valor PHQ9 e a questão “Se indicou alguns problemas, até que ponto é que eles dificultaram o seu trabalho, o cuidar da casa ou o lidar com outras pessoas?”, verificando-se diferença significativa com $p<0.001$. Na Tabela 7 são mostrados os resultados obtidos. Observa-se que quanto maior é o nível de impacto que os problemas indicados anteriormente têm na vida da pessoa maior é a sua pontuação na escala PHQ-9.

Tabelas 7: Pontuação PHQ9 em função da resposta à pergunta “Se indicou alguns problemas, até que ponto é que eles dificultaram o seu trabalho, o cuidar da casa ou o lidar com outras pessoas?”.

Pontuação Global PHQ-9	Não dificultaram	Dificultaram um pouco	Dificultaram muito	Dificultaram extremamente
N	51	50	17	8
Média	2,7±1,1	6,6±1,4	11,1±1,3	17,6±2,3
Mediana	3	6,5	11	17,0

A nível da qualidade de vida verificou-se haver diferença entre sexos para o item 5, relativo a ansiedade e depressão com $p < 0.001$, os restantes não tendo revelado tal.

A Tabela 8 mostra os resultados obtidos na distribuição, por sexos da resposta à pergunta 5 do EQ5D. Verificam-se piores resultados na mulher.

Tabela 8: Análise entre a quinta pergunta da EQ5D e o sexo

Tabulação cruzada EQ5D5 * SX

		SX		Total	
		Feminino (*)	Masculino (*)		
EQ5D	Não estou ansioso/a ou deprimido/a	Contagem	39	25	64
		% em SX	41,5%	78,1%	50,8%
	Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a	Contagem	50	7	57
		% em SX	53,2%	21,9%	45,2%
	Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a	Contagem	5	0	5
		% em SX	5,3%	0,0%	4,0%
Total	Contagem	94	32	126	
	% em SX	100,0%	100,0%	100,0%	

(*) $p < 0.001$

Em relação à questão ética “Julga sofrer de perturbação saúde mental?” não se verificou diferença estatística significativa entre sexos, faculdades ou ano do curso, segundo a Tabela 9. Segundo a Tabela 9, 60% dos estudantes da FFUC responderam afirmativamente a esta questão, enquanto que 61,4% dos estudantes da FMUC responderam não julgar sofrer de perturbação de saúde mental. No sexo feminino 23,4% responde julgar sofrer de perturbação mental o que apenas acontece em 9,4% da população masculina. O julgar sofrer de perturbação mental é mais frequente nos primeiros anos de curso sem significado estatístico.

Tabela 9: Análise entre a pergunta “Julga sofrer de perturbação saúde mental?” segundo o sexo, a Faculdade frequentada e o ano do curso.

			Julga sofrer de perturbação de saúde mental		Total
			Não	Sim	
SX (*)	Feminino	Contagem	72	22	94
		% em Julga sofrer de perturbação de saúde mental	71,3%	88,0%	74,6%
	Masculino	Contagem	29	3	32
		% em Julga sofrer de perturbação de saúde mental	28,7%	12,0%	25,4%
Total	Contagem	101	25	126	
	% em Julga sofrer de perturbação de saúde mental	100,0%	100,0%	100,0%	
Fac (**)	Faculdade de Medicina	Contagem	62	10	72
		% em Julga sofrer de perturbação de saúde mental	61,4%	40,0%	57,1%
	Faculdade de Farmácia	Contagem	39	15	54
		% em Julga sofrer de perturbação de saúde mental	38,6%	60,0%	42,9%
Total	Contagem	101	25	126	
	% em Julga sofrer de perturbação de saúde mental	100,0%	100,0%	100,0%	
Ano (***)	1º	Contagem	22	9	31
		% em Julga sofrer de perturbação de saúde mental	21,8%	36,0%	24,6%
	2º	Contagem	14	3	17
		% em Julga sofrer de perturbação de saúde mental	13,9%	12,0%	13,5%
	3º	Contagem	10	3	13
		% em Julga sofrer de perturbação de saúde mental			

	% em Julga sofrer de perturbação de saúde mental	9,9%	12,0%	10,3%
4º	Contagem	13	2	15
	% em Julga sofrer de perturbação de saúde mental	12,9%	8,0%	11,9%
5º	Contagem	16	4	20
	% em Julga sofrer de perturbação de saúde mental	15,8%	16,0%	15,9%
6º	Contagem	26	4	30
	% em Julga sofrer de perturbação de saúde mental	25,7%	16,0%	23,8%
Total	Contagem	101	25	126
	% em Julga sofrer de perturbação de saúde mental	100,0%	100,0%	100,0%

(*) $p=0.067$; (**) $p=0.044$; (***) $p=0.154$

Segundo a Tabela 10, observou-se que os estudantes que julgavam sofrer de perturbação de saúde mental tinham significativos piores resultados a nível da pontuação total do PHQ-9, $p<0,001$, e os que julgavam não ter distúrbios a nível de saúde mental tinham uma significativa pior qualidade de vida $p<0,001$.

Tabela 10: Comparação entre a pergunta “Julga sofrer de perturbação saúde mental?” e as pontuações totais das escalas PHQ-9 e EQ5D

Estatísticas de grupo					
	Julga sofrer de perturbação de saúde mental	N	Média	Desvio Padrão	P (*)
	Sim	25	11,1600	3,97576	
EQ5DTotal	Não	101	,8534	,15986	0.001
	Sim	25	,6896	,16256	

(*) t de student

Discussão

Pretendendo-se a adaptação cultural e validação de instrumento optou-se pela recolha de informação por preenchimento de um questionário online em população selecionada e em redes sociais específicas como as dos alunos das Faculdades de Medicina e de Farmácia da Universidade de Coimbra. A sua distribuição e preenchimento estiveram dependentes da colaboração e interesse dos estudantes e da sua disponibilidade.

Desta forma, os resultados deverão ser cautelosamente analisados encontrando-se como viéses os de oportunidade (grupos online escolhidos para distribuição do questionário), de voluntarismo (sendo uma das faculdades a FMUC), de memória (daquilo que se recordam no momento do questionário), de desejabilidade social (tendência a responder o que é socialmente desejável), de disponibilidade e de lapso temporal (a carga de trabalho e de problemas flutua ao longo do ano letivo em função de épocas específicas como as dos exames).

No presente estudo foram aplicados o questionário “*9-Item Patient Health Questionnaire*” (PHQ9) e a escala *European Quality of Life 5 Dimensions* (EQ5D), numa amostra de conveniência da população estudantil da FMUC e da FFUC, associados a um breve inquérito epidemiológico.

Ao analisar as duas escalas verificou-se que se encontram em concordância a nível de resultados que ilustram um melhor estado de saúde mental. A pontuação de PHQ9 traduzindo a ausência de depressão correlacionou-se com melhor qualidade de vida. Ainda se encontrou correlação entre a pontuação total do PHQ-9 dos indivíduos que assinalaram maior nível de ansiedade/depressão com a última questão da EQ5D relativa ao tema de ansiedade/depressão.

Na comparação das pontuações globais do PHQ-9 entre faculdades e entre sexos verificou-se uma diferença significativa, mostrando que a FFUC apresenta uma tendência a ter pontuações globais do PHQ-9 mais elevadas assim como o sexo feminino. Num estudo realizado há dois anos em Lisboa com o objetivo de inferir sobre a prevalência de sintomas de ansiedade e de depressão em estudantes de Medicina comparativamente a estudantes de outras faculdades e o possível impacto desses sintomas na performance académica, verificou-se uma maior incidência de sintomas de ansiedade e depressão nos estudantes de medicina, explicado por uma maior prevalência de estudantes do sexo feminino nessa amostra de estudantes (18). A Universidade da Beira Interior realizou também um estudo sobre saúde mental nos estudantes de medicina, este estudo demonstrou que o sexo foi o único factor sócio-demográfico que mostrou ter relação com os níveis de saúde mental. Os estudantes do sexo feminino apresentaram, em todos os anos de curso, médias significativamente

mais baixas (o que significa pior saúde mental) na dimensão do bem-estar psicológico, distress psicológico e, conseqüentemente, no resultado global do inventário (19). Este dado está de acordo com o que tem sido encontrado noutras investigações, todas elas apontando para níveis mais altos de ansiedade e depressão nos estudantes de medicina do sexo feminino, o que pode ser preocupante, já que a maioria dos estudantes de medicina em Portugal são mulheres. Este facto pode indicar que a adaptação às exigências do curso de medicina e ao futuro papel de médico são mais facilmente enfrentadas pelo sexo masculino e que as estudantes poderão iniciar a sua vida profissional com diversas perturbações psicológicas. A combinação de níveis altos de ansiedade e depressão e as aspirações elevadas para fazer um bom trabalho como médicas, pode fazer com que as estudantes estejam mais vulneráveis a reações depressivas ao longo da sua carreira, com conseqüências para a sua vida pessoal, familiar e satisfação profissional (19). A Faculdade de Medicina do Porto realizou um estudo baseado na relação entre o stress e os estilos de vida dos estudantes de medicina onde as estudantes do sexo feminino são as que apresentam maiores níveis de stress académico, respostas de stress e baixa confiança na sua capacidade de *coping* (20).

Para analisar o impacto na vida pessoal dos problemas assinalados anteriormente na PHQ-9 fez-se a comparação com a questão “Se indicou alguns problemas, até que ponto é que eles dificultaram o seu trabalho, o cuidar da casa ou o lidar com outras pessoas?”, que evidenciou um impacto significativo nestas tarefas acompanhadas com uma pontuação mais elevada na escala PHQ-9.

Em relação à escala EQ5D só se verificaram diferenças entre sexos para o item 5 relativo à ansiedade e depressão, sendo os piores resultados no sexo feminino o que é concordante com o que se averiguou com a escala PHQ-9.

Verificou-se que os estudantes universitários que julgam sofrer de perturbação mental possuem piores resultados no PHQ-9, no entanto têm melhores resultados a nível da escala de qualidade de vida perante os que afirmam não terem perturbação de saúde mental.

O questionário “*9-Item Patient Health Questionnaire*” (PHQ9) revelou uma boa confiabilidade, tendo os resultados das correlações feitas com a escala *European Quality of Life 5 Dimensions* (EQ5D) serem as esperadas, assim como o facto dos piores resultados pertencerem ao sexo feminino.

Os resultados obtidos na FFUC foram de maior frequência de perturbação mental pela escala PHQ-9 do que a FMUC, o que agora merece estudo mais aprofundado quanto a fatores para tal e medidas a adotar. Num estudo feito este ano através da aplicação do *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) e do *Generalized Anxiety Disorder-7*

(GAD-7) cujo objetivo principal foi comparar a prevalência de sintomas de ansiedade entre estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (FMUC), da Faculdade de Farmácia da Universidade de Coimbra (FFUC), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) e da Escola Superior de Tecnologia de Saúde de Coimbra (ESTeSC), verificou-se que a percentagem relativa de alunos com ansiedade é menor na FMUC comparativamente aos restantes, não tendo sido encontrado diferenças significativas entre os outros cursos da área da saúde. Apenas uma minoria dos estudantes com sintomas clinicamente relevantes de ansiedade e com diagnóstico de ansiedade é que procuram ajuda profissional (21). O estudo realizado em Lisboa considerou que os elevados níveis de sintomas de ansiedade, o possível impacto dos sintomas depressivos na performance académica e a falta de seguimento psicológico ou psiquiátrico reportado no estudo, mostrou-se urgente o desenvolvimento de meios de suporte adequados para melhorar o bem-estar e a saúde mental dos estudantes (18). O estudo estabelece um ponto de partida para o acompanhamento da saúde mental dos estudantes universitários, fornecendo a oportunidade para se iniciarem intervenções no sentido da promoção da qualidade de vida em saúde mental dos que irão ser a próxima geração de médicos e que pode assim ser sequencialmente medida.

A pertinência deste estudo prende-se com o facto de nunca ter sido feita uma adaptação cultural e validação do “*9-Item Patient Health Questionnaire*” (PHQ9), escala que já foi validada no estrangeiro e que é usada na prática clínica para diagnóstico de depressão major e minor.

É, no entanto, relevante prosseguir a validação deste instrumento em populações adultas diferentes.

Conclusão

A aplicação do questionário “*9-Item Patient Health Questionnaire*” (PHQ9) e da escala *European Quality of Life 5 Dimensions* (EQ5D), em amostra de conveniência da população estudantil da FMUC permitiu verificar boa correlação entre ambas. E permitiu ainda verificar que os indivíduos do sexo masculino e da Faculdade de Medicina apresentavam uma melhor saúde mental.

Esta aplicação contribuiu para a adaptação cultural e validação do questionário PHQ-9 para a população portuguesa estudantil universitária.

O acompanhamento da saúde mental dos estudantes universitários é pertinente até pelos resultados encontrados neste estudo com a utilização de instrumentos validados, de forma a haver um reconhecimento e tratamento precoce de distúrbios como a ansiedade e a depressão, fornecendo assim aos futuros profissionais a possibilidade de promoção de boa qualidade de vida e de redução de problemas de saúde mental.

Referências bibliográficas

1. Ferreira, P.L., Ferreira, L.N., Pereira, L.N.. *Contributos para a validação da versão portuguesa do EQ- 5D*. Acta Médica Portuguesa in press;
2. Instruction Manual Instructions for Patient Health Questionnaire (PHQ) and GAD-7 Measures www.phqscreeners.com
3. Mark Zimmerman, MD, Using the 9-Item Patient Health Questionnaire to Screen for and Monitor Depression *JAMA*. 2019;322(21):2125-2126
4. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001;16(9):606-613
5. Moriarty AS, Gilbody S, McMillan D, Manea L. Screening and case finding for major depressive disorder using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9): a meta-analysis. *Gen Hosp Psychiatry*. 2015;37(6):567-576
6. Yeung AS, Jing Y, Brennenman SK, et al. Clinical Outcomes in Measurement-based Treatment (Comet): a trial of depression monitoring and feedback to primary care physicians. *Depress Anxiety*. 2012;29(10):865-873
7. Zimmerman M, Martinez JH, Friedman M, Boerescu DA, Attiullah N, Toba C. How can we use depression severity to guide treatment selection when measures of depression categorize patients differently? *J Clin Psychiatry*. 2012;73(10):1287-1291.
8. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. 2000.
9. Measures of depression and depressive symptoms: Beck Depression Inventory-II (BDI-II), Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D), Geriatric Depression Scale (GDS), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), and Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) Karen L Smarr 1, Autumn L Keefer PMID: 22588766 DOI: 10.1002/acr.20556

10. Accuracy of the PHQ-2 Alone and in Combination With the PHQ-9 for Screening to Detect Major Depression; Systematic Review and Meta-analysis; Brooke Levis, PhD^{1,2}; Ying Sun, MPH¹; Chen He, MScPH¹; et al JAMA. 2020;323(22):2290-2300. doi:10.1001/jama.2020.6504
11. Hamilton M. Development of a rating scale for primary depressive illness. Br J Soc Clin Psychol. 1967;6:278–296. – PubMed
12. Montgomery SA., Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. Br J Psychiatry. 1979;134:382–389. - PubMed
13. Adler HM. The sociophysiology of caring in the doctor-patient relationship. J Gen Intern Med. 2002;17(11):883–90.
14. Prevalência e diagnóstico da depressão em medicina geral e familiar, Bruno Gonçalves, Teresa Fagulha, *Rev Port Clin Geral* 2004;20:13-2
15. Ballint M. The doctor, his patient and the illness. London: Pittman Medical; 1964.
16. Jagosh J, Donald Boudreau J, Steinert Y, MacDonald ME, Ingram L. The importance of physician listening from the patients' perspective: Enhancing diagnosis, healing, and the doctor-patient relationship. Patient Educ Couns . 2011;85(3):369–74. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pec.2011.01.028>
17. Kearley KE, Freeman GK, Heath A. An exploration of the value of the personal doctorpatient relationship in general practice. Br J Gen Pract. 2001;51(470):712–8.
18. Moreira de Sousa J, Moreira CA, Telles-Correia D. Ansiedade Depressão e Performance Académica: Um estudo em estudantes portugueses de Medicina versus estudantes de outros cursos. Acta Med Port. 2018;31:454---62.
19. Roberto A, Almeida A. A saúde mental de estudantes de Medicina: Estudo exploratório na Universidade da Beira Interior. Acta Med Port. 2011;24 Suppl 2:279---86.

20. Loureiro E, McIntyre T, Mota-Cardoso R, Ferreira MA. A relação entre o stress e os estilos de vida nos estudantes de Medicina da Faculdade de Medicina do Porto. *Acta Med Port.* 2008;21:209---14.

21. Sousa J, et al. Ansiedad comparada entre estudiantes de medicina y estudiantes de otros grados en el Área de la Salud en Coimbra. *Educ Med.* 2020 <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.04.001>