



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Frequência de anedonia em pacientes com depressão assistidos no ambulatório de um hospital psiquiátrico de Salvador (Bahia)

Felipe Luciano dos Santos de Souza

Salvador (Bahia)
Novembro, 2015

FICHA CATALOGRÁFICA

SIBI/Bibliotheca Gonçalo Moniz: Memória da Saúde Brasileira
(elaborada pela Bibl. **SONIA ABREU**, da Bibliotheca Gonçalo Moniz : Memória da Saúde Brasileira/SIBI-UFBA/FMB-UFBA)

Souza, Felipe Luciano dos Santos de
S731 Frequência de anedonia em pacientes com depressão assistidos no
ambulatório de um hospital psiquiátrico de Salvador (Bahia) / Felipe Luciano
dos Santos de Souza. Salvador: FLS de Souza, 2015.

viii, 28 fls.

Professor orientador: William Azevedo Dunningham.

Monografia como exigência parcial e obrigatória para Conclusão de Curso de
Medicina da Faculdade de Medicina da Bahia (FMB), da Universidade Federal da
Bahia (UFBA).

1. Depressão. 2. Transtorno Depressivo Maior. 3. Anedonia. I. Dunningham,
William Azevedo. II. Universidade Federal da Bahia. Faculdade de Medicina da
Bahia. III. Título.

CDU – 616.89-008.454



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Fundada em 18 de fevereiro de 1808



Monografia

Frequência de anedonia em pacientes com depressão assistidos no ambulatório de um hospital psiquiátrico de Salvador (Bahia)

Felipe Luciano dos Santos de Souza

Professor orientador: **William Azevedo Dunningham**

Monografia de Conclusão do Componente Curricular MED-B60/2015.1, como pré-requisito obrigatório e parcial para conclusão do curso médico da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Medicina.

Salvador (Bahia)
Novembro, 2015

Monografia: *Frequência de anedonia em pacientes com depressão assistidos no ambulatório de um hospital psiquiátrico de Salvador (Bahia)*, de **Felipe Luciano dos Santos de Souza**.

Professor orientador: **William Azevedo Dunningham**

COMISSÃO REVISORA:

- **William Azevedo Dunningham** (Presidente, Professor orientador), Professor do Departamento de Neurociências e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Ronaldo Ribeiro Jacobina**, Professor do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Antônio de Souza Andrade Filho**, Professor do Departamento de Neurociências e Saúde Mental da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.
- **Rubia Suely Costa**, Doutoranda do Curso de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde (PPgCS) da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia.

TERMO DE REGISTRO ACADÊMICO:

Monografia avaliada pela Comissão Revisora, e julgada apta à apresentação pública no IX Seminário Estudantil de Pesquisa da Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA, com posterior homologação do conceito final pela coordenação do Núcleo de Formação Científica e de MED-B60 (Monografia IV). Salvador (Bahia), em ___ de _____ de 2015.

Que os vossos esforços desafiem as impossibilidades, lembrai-vos de que as grandes coisas do homem foram conquistadas do que parecia impossível (**Charles Chaplin**)

.

A Deus, que me concedeu saúde e determinação para alcançar os meus objetivos até aqui.

A minha mãe, Gilcélia, e meu pai, Fábio, pelo seu amor e apoio incondicionais, principalmente nos momentos em que mais necessitei deles.

A minhas avós e a meus avôs, que neste ou em outro plano me serviram de inspiração e, indubitavelmente, torcem por mim, onde quer que estejam.

EQUIPE

- Felipe Luciano dos Santos de Souza, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA.
Correio-e: felipe_luciano@hotmail.com;
- William Azevedo Dunningham, Faculdade de Medicina da Bahia/UFBA.
Correio-e: wdunningham@gmail.com

INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**

- Faculdade de Medicina da Bahia (FMB)

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- Hospital Juliano Moreira

FONTE DE FINANCIAMENTO

| |
|-----------------------|
| 1. Recursos próprios. |
|-----------------------|

AGRADECIMENTOS

- ◆ Ao meu Professor orientador, **Doutor William Dunningham**, pela presença constante e substantivas orientações acadêmicas e por ser exemplo de homem, docente e profissional médico.
- ◆ Às minhas colegas **Marianne Mascarenhas e Marina Santiago**, pela colaboração durante a coleta de dados e pelo companheirismo nos momentos de preparação da monografia, bem como nas dificuldades na realização deste trabalho.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| I. RESUMO | 2 |
| II. OBJETIVOS | 3 |
| III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA | 4 |
| IV. METODOLOGIA | 8 |
| IV.1. Desenho de Estudo | 8 |
| IV.2. Amostra | 8 |
| IV.3. Variáveis | 8 |
| IV.4. Definição do Tamanho Amostral | 8 |
| IV.5. Métodos Estatísticos | 9 |
| IV.6 Instrumentos da Pesquisa | 9 |
| V. RESULTADOS | 11 |
| VI. DISCUSSÃO | 14 |
| VII. CONCLUSÕES | 17 |
| VIII. SUMMARY | 18 |
| IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 19 |
| X. APÊNDICE | 21 |
| X.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido | 22 |
| XI. ANEXOS | 24 |
| XI.1. Inventário de depressão de Beck | 25 |
| XI.2. Parecer Consubstanciado do CEP | 27 |

I. RESUMO

FREQUÊNCIA DE ANEDONIA EM PACIENTES COM DEPRESSÃO ASSISTIDOS NO AMBULATÓRIO DE UM HOSPITAL PSIQUIÁTRICO DE SALVADOR (BAHIA).

Introdução: O Transtorno depressivo é uma doença que afeta mundialmente a saúde de milhões de pessoas, sendo altamente incapacitante e interferindo de modo decisivo e intenso na vida dos seus portadores. Dada a sua importância clínica, a anedonia é um dos mais importantes sintomas que definem o diagnóstico de depressão, contudo seu impacto ainda é subestimado. **Objetivos:** estimar a frequência da anedonia entre pacientes com depressão assistidos no ambulatório do Hospital Juliano Moreira (HJM); determinar o perfil socio-demográfico da população e estabelecer associações epidemiológicas entre a anedonia e as variáveis socio-demográficas da população estudada. **Métodos:** trata-se de um estudo exploratório de corte transversal realizado com pacientes assistidos no Ambulatório de Depressivos e Ansiosos do HJM com diagnóstico de depressão maior, que foram classificados de acordo com o resultado obtido pelo Inventário de Depressão de Beck. Definiu-se o número amostral mínimo de 38 com base no índice conhecido de 6% de Depressão Maior na população. **Resultados:** Foram entrevistados 42 pacientes com diagnóstico de Depressão Maior, sendo 34 (81%) do sexo feminino e 8 (19%) do sexo masculino, entre 21 e 84 anos, sendo a média de 51,7 anos. A intensidade da anedonia foi estratificada em graus leve, moderado, grave ou ausente, e analisada separadamente em cada sexo. Quanto à escolaridade, 11,9% cursaram até oito anos de estudo, enquanto 88,1% estudaram por mais de oito anos. Em relação à situação conjugal, 38,1% dos entrevistados eram casados, enquanto 61,9% não viviam com um companheiro. **Discussão:** A maior quantidade de mulheres com graus de depressão e de anedonia mais intensos em relação aos homens está em consonância com o que trazem demais autores. Os indivíduos entre 51 e 70 anos de idade, aqueles sem companheiro, com maior escolaridade apresentaram as maiores frequências de anedonia. **Conclusão:** A frequência da anedonia entre pacientes com depressão assistidos no Ambulatório de depressivos e ansiosos do Hospital Juliano Moreira foi de aproximadamente 81%.

Palavras chave: 1. Depressão; 2. Transtorno Depressivo Maior; 3. Anedonia.

II. OBJETIVOS

GERAL

Estimar a prevalência do fenômeno clínico anedonia entre pacientes com depressão assistidos no ambulatório de depressivos e ansiosos do Hospital Juliano Moreira.

ESPECÍFICOS

1. Determinar o perfil socio-demográfico da população estudada; e
2. Estabelecer associações epidemiológicas entre a anedonia e as variáveis sócio-demográficas da população estudada.

III. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Depressão é uma condição patológica que tem sido objeto de estudo de várias áreas, como: psiquiatria, psicologia, genética, neurociências e psicanálise, as quais têm proposto e desenvolvido diferentes maneiras de avaliação desse transtorno, dentre as quais tem-se a elaboração de instrumentos diagnósticos como certas escalas e questionários⁽²⁾.

O termo *depressão* tem sido empregado para designar desde um estado de tristeza (considerado normal do ponto de vista afetivo), até um sintoma, uma síndrome ou uma doença. Enquanto *sintoma*, a depressão pode surgir em vários quadros clínicos, entre os quais: transtorno de estresse pós-traumático, demência, esquizofrenia, alcoolismo, doenças clínicas, entre outras. Pode ainda ocorrer como resposta a situações estressantes, ou a circunstâncias sociais e econômicas adversas. Enquanto *síndrome*, a depressão inclui não apenas alterações do humor (tristeza, irritabilidade, falta da capacidade de sentir prazer, apatia), mas também alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas. E enquanto *doença*, a depressão tem sido classificada de várias formas, na dependência do período histórico, da preferência dos autores e do ponto de vista adotado. Entre os quadros mencionados na literatura atual encontram-se: transtorno depressivo maior, melancolia, distímia, depressão integrante do transtorno bipolar tipos I e II, depressão como parte da ciclotímia, entre outros⁽⁷⁾.

Diferentes variáveis têm sido associadas à etiologia da depressão por muitos autores, tais quais: heranças culturais, história familiar de transtorno depressivo, vivências emocionais durante o amadurecimento mental, estilo do cuidado materno, situações de abuso e negligência, isolamento social, mudanças ambientais e culturais e fatores hormonais^(1,3,18). Há inclusive estudos que afirmam que, dentro de alguns anos, a genética molecular será capaz de apontar alguns genes responsáveis pela vulnerabilidade nos seres humanos para desenvolver a depressão e o transtorno afetivo bipolar, com base em análises feitas com gêmeos, que estimaram a herdabilidade na depressão unipolar em torno de 40%⁽¹¹⁾.

Atualmente, a depressão é uma doença que afeta a saúde de milhões de pessoas por todo o mundo, sendo altamente incapacitante e interferindo de modo decisivo e intenso na vida pessoal, profissional, social e econômica dos portadores. O transtorno é

a quarta causa de incapacidade no mundo e, de acordo com estimativas, em 2020, a doença será a segunda maior causa mundial de inabilidade para o trabalho, ficando atrás apenas de doenças cardiovasculares^(1,12,15). Nas Américas, porém, o Transtorno Depressivo Maior (TDM) já constitui a primeira causa de incapacidade, superando até as enfermidades cardiovasculares. Apesar da gravidade de tal transtorno, ainda há uma tendência em subestimar o impacto que o mesmo causa sobre a vida dos indivíduos acometidos, supondo que, uma vez desaparecidos os sintomas, a recuperação é total. No entanto, ainda não se sabe ao certo quais funções cognitivas são alteradas durante os períodos ativos da doença e quais déficits persistem nos indivíduos que apresentam remissão clínica⁽¹²⁾.

São relatados quatro conjuntos de sintomas que devem estar presentes para que um indivíduo seja classificado com transtorno depressivo: os emocionais, os cognitivos, os motivacionais e os físicos (ou fisiológicos). No primeiro conjunto, os elementos mais comuns são a tristeza e o abatimento: o indivíduo sente desesperança, infelicidade, tem crises de choro, perda de satisfação e prazer com a vida (anedonia) e, em casos mais graves, se isolar do convívio social e ter ideias suicidas – o paciente gradualmente perde interesse por passatempos, atividades antes agradáveis e recreações. Os sintomas cognitivos geralmente consistem de pensamentos pessimistas e ideias de incapacidade e de culpa, além da falta de memória de eventos da história de vida (a memória autobiográfica tende a ser preponderantemente genérica, inespecífica e difusa) e diminuição da capacidade de resolução de problemas. Quanto aos sintomas motivacionais, a pessoa deprimida tende a ser passiva e apresentar baixa energia. Já os sintomas físicos ou fisiológicos dizem respeito a alterações do apetite, do sono e de atividades físicas, como fadiga e perda de energia^(2,7,17,19).

Na depressão, parece haver uma redução global do metabolismo cerebral anterior e um aumento do metabolismo de glicose em várias regiões límbicas, com ênfase na amígdala. A melhor evidência desta anormalidade vem de estudos de pacientes com depressões relativamente graves e recorrentes e uma história familiar de transtorno do humor. A literatura também aponta que pode haver também uma redução do fluxo sanguíneo e do metabolismo em tratos dopaminérgicos do sistema mesocortical e mesolímbico na depressão⁽¹⁸⁾. Existem evidências de que os antidepressivos normalizam parcialmente algumas dessas alterações. Vale ressaltar também que, embora anormalidades anatômicas (como alterações no lobo temporal e no

córtex temporal cerebral) tenham um caráter persistente, o aspecto metabólico, ao contrário, seria flutuante, de acordo com o estado clínico e com o tratamento com antidepressivos^(5,18).

Embora a característica mais típica dos estados depressivos seja a predominância dos sentimentos de tristeza ou vazio, nem todos os pacientes relatam a sensação subjetiva de tristeza. Muitos referem, sobretudo, a perda da capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral e a redução do interesse pelo ambiente ou afastamento de atividades prazerosas – tem-se aí o conceito de anedonia. Frequentemente associa-se à sensação de fadiga ou perda de energia, caracterizada pela queixa de cansaço exagerado^(3,7,17).

Cabe neste momento destacar uma das observações mais documentadas em estudos epidemiológicos, bem como uma importante diferença entre homens e mulheres em relação aos transtornos mentais. Há evidências de que existe uma maior prevalência de depressão em mulheres que em homens. Essa diferença tem sido observada em várias regiões do mundo, mediante a aplicação de diferentes instrumentos de avaliação e critérios diagnósticos operacionais^(1,16). A razão entre as taxas de prevalência em mulheres e homens tem variado entre 1,5 e 3,0, com uma média de duas mulheres para cada homem. Essa diferença pode ser explicada pelo fato de que a mulher apresenta vulnerabilidade marcante a sintomas ansiosos e depressivos, especialmente associados ao período reprodutivo^(1,3).

A depressão é, comprovadamente, a doença que mais causa incapacitação em mulheres, tanto em países em desenvolvimento como nos desenvolvidos. Para exemplificar: no mundo, a morte por suicídio (como tentativa de fuga ao sofrimento por conta do transtorno) é a segunda causa de morte para mulheres na faixa de 15 a 44 anos de idade, ficando atrás apenas da tuberculose⁽¹⁾.

A manifestação da depressão e o perfil de comorbidade também parecem diferir entre homens e mulheres: enquanto os primeiros tendem a ficar mais irritados e apresentarem maior abuso de substâncias psicoativas e transtornos de conduta, as mulheres apresentam maiores taxas de ansiedade associada à depressão, que se manifesta principalmente por anedonia ou disforia (mudança repentina e transitória do estado de ânimo)^(1,3,19).

A anedonia é hoje um dos mais importantes sintomas que definem o diagnóstico de depressão maior, de acordo com o DSM-IV⁽⁹⁾. Entretanto, ainda há muito o que se estudar sobre o assunto, seja no âmbito da Clínica Médica ou seja no campo da epidemiologia psiquiátrica. Determinar a frequência da anedonia entre pacientes com depressão assistidos no ambulatório de um hospital público de Salvador irá contribuir para um melhor conhecimento sobre a relevância deste fenômeno clínico no contexto do sobredito transtorno mental, que acomete milhares de pessoas no município, abrindo espaço para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas mais específicas e mais eficazes no tratamento antidepressivo.

IV. METODOLOGIA

IV.1. Desenho de Estudo

O presente trabalho trata-se de um estudo exploratório descritivo de corte transversal que visa avaliar a frequência da anedonia em pacientes com depressão.

IV.2. Casuística

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto Mantenedor de Ensino Superior da Bahia (IMES) (ANEXO 2), a amostra para estudo foi retirada do ambulatório de depressivos e ansiosos do Hospital Juliano Moreira. Foram selecionados pacientes com idade igual ou superior a 18 anos diagnosticados com Depressão Maior atendidos no referido ambulatório, constituindo uma amostragem por conveniência. Os pacientes selecionados foram classificados segundo a aplicação do Inventário de Depressão de Beck (ANEXO 1) e posterior análise do resultado obtido, com enfoque nos itens relativos à anedonia. A participação dos pacientes na pesquisa foi registrada através da assinatura do Termo de consentimento Livre e Esclarecido pelos pacientes (APÊNDICE 1).

IV.3. Variáveis

As variáveis trabalhadas no estudo foram os dados obtidos a partir da aplicação de testes clínicos para a avaliação da anedonia em pacientes atendidos no ambulatório e com diagnóstico de depressão maior. Foi aplicado o Inventário de Depressão de Beck durante a consulta dos pacientes que foram previamente diagnosticados com o transtorno depressivo. As entrevistas e o Inventário foram realizadas nos pacientes logo após o diagnóstico de depressão ou logo após a troca de esquema terapêutico. A amostra foi estratificada de acordo com as variáveis idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade e intensidade dos sintomas depressivos.

IV.4. Definição do Tamanho Amostral

A definição do tamanho amostral foi realizada através de ferramenta disponibilizada pelo Laboratório de Epidemiologia e Estatística da Universidade de São

Paulo (LEE-USP)⁽¹⁰⁾, para estimar uma proporção com base no índice previamente conhecido de 6% de Depressão Maior na população geral, com variação de 10% da precisão absoluta e nível de significância de 1% ($0,01 \leq p \leq 0,05$) o número amostral significativo para a pesquisa será igual a 38.

IV.5. Métodos Estatísticos

As variáveis foram classificadas e analisadas segundo os padrões de normalidade adotados para o Índice de Beck. As variáveis contínuas foram analisadas através das medidas de médias e medianas; e as variáveis categóricas foram analisadas segundo proporções. A análise dos resultados foi feita para avaliar a frequência da anedonia na população estudada, bem como sua associação com demais variáveis sócio-demográficas, a partir dos resultados obtidos.

IV.6. Instrumentos de Pesquisa

Dentre vários instrumentos avaliativos do grau de severidade da depressão, três são os mais utilizados para se estudar este transtorno⁽³⁾:

- *Hamilton Depression Rating Scale* (HDRS): uma escala multidimensional que permite avaliar a gravidade do episódio depressivo e considerada adequada para avaliar três das quatro dimensões da depressão: sintomas emocionais, cognitivos e somáticos;
- *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS): utilizada para a detecção de síndromes depressivas e ansiosas, destina dois itens para mensurar a diminuição do prazer e dois itens para mensurar a tristeza do avaliado; e
- *Beck's Depression Inventory* (BDI) (ANEXO 1), constituído por 21 itens, cada um com quatro alternativas com graus crescentes de gravidade (pontuadas de 0 a 3). Os pontos de corte para a intensidade dos sintomas de depressão são obtidos pela soma dos escores dos itens (0 a 11=mínima; 12 a 19=depressão leve; de 20 a

35=depressão moderada; e de 36 a 63=depressão grave). Identificaram-se seis itens neste instrumento que avaliam a anedonia e a disforia no entrevistado (são os itens: 4, 12, 16, 18, 19 e 21)⁽³⁾. Os resultados obtidos a partir da avaliação desses itens serão classificados da seguinte maneira: escore <3=anedonia/disforia ausente; 3 a 5=anedonia/disforia leve; 6 a 9 =anedonia/disforia moderada; 10 a 18=anedonia/disforia grave. Este é o instrumento utilizado no presente estudo para avaliação do aludido transtorno mental.

V. RESULTADOS

Os resultados apresentados a seguir correspondem à aplicação do Inventário de Depressão de Beck em 42 pacientes com diagnóstico de Depressão, segundo os critérios do DSM-IV, sendo 3 (7,1%) deles em sua primeira consulta, e os demais 39 (92,9%) em acompanhamento para avaliação do tratamento medicamentoso. Dessa maneira, os dados a seguir correspondem a uma amostra maior do que o total inicialmente calculado para o projeto (38 pacientes).

Dos 42 pacientes, 34 (81%) são do sexo feminino, enquanto 8 (19%), do sexo masculino. A faixa etária populacional variou entre 21 e 84 anos, com uma média de 51,7 anos. Entre os homens, os extremos de idade foram 21 e 68, com uma média de 47,3 anos; já entre as mulheres, a média foi de 52,8 anos com as idades variando entre 22 e 84 anos. Quando se distribui a população por décadas de vida, sem distinção de sexo, obtemos os dados mostrados pela Tabela 1: duas faixas etárias concentram a maioria (52,4%) dos pacientes selecionados pelo estudo - a sexta e a sétima décadas de vida.

Tabela 1. Distribuição da população amostral por faixa etária, em décadas de vida.

| FAIXAS ETÁRIAS (anos) – n (%) | | | | | | | TOTAL |
|-------------------------------|---------|----------|-----------|-----------|---------|---------|----------|
| 21 - 30 | 31 - 40 | 41 - 50 | 51 - 60 | 61 - 70 | 71 - 80 | 81 - 90 | n(%) |
| 6 (14,3) | 3 (7,1) | 9 (21,4) | 11 (26,2) | 11 (26,2) | 1 (2,4) | 1 (2,4) | 42 (100) |

Quanto à intensidade dos sintomas depressivos entre as mulheres, 7 (20,6%) foram classificadas como tendo depressão mínima, 9 (26,5%) tinham depressão leve, 15 (44,1%) apresentaram depressão moderada e 3 (8,8%), depressão grave, como mostrado pela Tabela 2. No tocante ao sexo masculino, 2 (25%) foram classificados como tendo depressão mínima, 1 deles (12,5%), depressão leve e os demais 5 (62,5%), depressão moderada; nenhum foi classificado com depressão grave

Tabela 2. Classificação da intensidade da depressão por sexo.

| SEXO | INTENSIDADE DA DEPRESSÃO - n (%) | | | |
|-----------|----------------------------------|----------|-----------|---------|
| | mínima | leve | moderada | Grave |
| Feminino | 7 (20,6) | 9 (26,5) | 15 (44,1) | 3 (8,8) |
| Masculino | 2 (25) | 1 (12,5) | 5 (62,5) | 0 |

Em relação à intensidade de anedonia/disforia nas mulheres, 8 delas (23,5%) não apresentaram sintomas, 6 (17,6%), sintomas leves, 14 (41,2%), sintomas moderados e outras 6 (17,6%) apresentaram sintomas graves – estas últimas com idades variando entre 22 e 43 anos de idade. Entre os homens, 4 deles (50%) tiveram sintomas leves, outros 3 (37,5%), sintomas moderados e 1 (12,5%) apresentou sintomas graves, o que é evidenciado pela Tabela 3. Dessa maneira, tem-se que 34 dos 42 pacientes avaliados apresentaram algum grau de anedonia no momento da entrevista, o que representa aproximadamente 81% da amostra.

Tabela 3. Classificação da intensidade da anedonia/disforia por sexo.

| SEXO | INTENSIDADE ANEDONIA/DISFORIA - n (%) | | | |
|-----------|---------------------------------------|----------|-----------|----------|
| | Ausente | Leve | Moderada | Grave |
| Feminino | 8 (23,5) | 6 (17,6) | 14 (41,2) | 6 (17,6) |
| Masculino | 0 | 4 (50) | 3 (37,5) | 1 (12,5) |

Já em relação à quantidade de anos de estudo, analisando-se ambos os sexos, 5 (11,9%) tiveram até 8 anos de estudo (até nível fundamental completo); desses indivíduos, 1 apresentou sintomas de anedonia/disforia leves, enquanto 4 apresentaram sintomas moderados. Dos 37 (88,1%) que tiveram mais de 8 anos de estudo (de nível médio incompleto a superior completo), 8 não apresentaram sintomas de anedonia/disforia, 9 apresentaram sintomas leves, 13 apresentaram sintomas moderados, e 7 cursaram com sintomas graves. Esses dados podem ser vistos na Tabela 4.

Tabela 4. Classificação da anedonia/disforia por nível de escolaridade em ambos os sexos.

| ESCOLARIDADE | INTENSIDADE DA ANEDONIA/DISFORIA n(%) | | | |
|------------------------|---------------------------------------|----------|----------|---------|
| | Ausente | Leve | Moderada | Grave |
| Fundamental incompleto | 0 | 1 (2,4) | 2 (4,8) | 0 |
| Fundamental completo | 0 | 0 | 2 (4,8) | 0 |
| Médio incompleto | 0 | 1 (2,4) | 0 | 1 (2,4) |
| Médio completo | 3 (7,1) | 3 (7,1) | 4 (9,5) | 2 (4,8) |
| Superior incompleto | 2 (4,8) | 0 | 2 (4,8) | 2 (4,8) |
| Superior completo | 3 (7,1) | 5 (11,9) | 7 (16,7) | 2 (4,8) |

Quanto aos estados civis encontrados na população amostral, 16 (38,1%) dos pacientes, entre homens e mulheres, eram casados, 15 (35,7%) eram solteiros, 6 (14,3%) eram divorciados e 5 (11,9%) eram viúvos. Dentre os 7 entrevistados com intensidade grave de anedonia, 3 eram casados, 3 eram separados e 1, viúvo. A distribuição dos estados civis por sexo é apresentada com mais detalhes na Tabela 5.

Tabela 5. Distribuição dos estados civis por sexo.

| ESTADO CIVIL | SEXO - n (%) | | TOTAL n(%) |
|---------------------|---------------------|-----------|-----------------------|
| | Feminino | Masculino | |
| Casado | 11 (32,4) | 5 (62,5) | 16 (38,1) |
| Solteiro | 13 (38,2) | 2 (25) | 15 (35,7) |
| Divorciado | 5 (14,7) | 1 (12,5) | 6 (14,3) |
| Viúvo | 5 (14,7) | 0 | 5 (11,9) |

VI. DISCUSSÃO

O presente estudo observou que a frequência de anedonia em pacientes com depressão assistidos no Ambulatório de depressivos e ansiosos do Hospital Juliano Moreira foi de 81%. Deste percentual, a metade apresentou intensidade moderada. Os indivíduos entre 51 e 70 anos de idade, aqueles sem companheiro, com maior escolaridade e as mulheres apresentaram as maiores frequências de anedonia. Estas últimas, inclusive, apresentaram maiores graus de intensidade de depressão e de anedonia em relação aos homens.

Um estudo realizado no Hospital das Clínicas da faculdade de Medicina de São Paulo identificou uma frequência de 32,3% de anedonia em pacientes com depressão⁽⁸⁾. Um outro estudo, envolvendo pacientes com hanseníase e depressão, identificou uma frequência de 50% de anedonia na sua população amostral⁽⁶⁾. No presente estudo, este percentual foi de 81%, o que pode ser explicado pelo fato de que os pacientes entrevistados não haviam iniciado tratamento medicamentoso ou estavam em troca do mesmo por falhas no esquema anterior – já que o uso adequado de medicamentos aliada a prática de exercícios físicos auxilia na melhora dos sintomas depressivos⁽¹⁴⁾. Outro fator que pode ter contribuído para essa diferença nos percentuais encontrados é o tamanho da população amostral, que foi bem menor no presente estudo (n=38) se comparado aos estudos citados anteriormente (n=257 e n=130, respectivamente).

Em relação ao sexo, a literatura mostra uma maior prevalência de depressão/anedonia no sexo feminino em relação ao sexo masculino, numa razão que varia entre 1,5 e 3,0, com uma média de 2 mulheres para cada homem^(1,8,14,16). No presente estudo, essa maioria feminina se torna ainda mais evidente, já que 34 dos 42 pacientes são mulheres, ou seja, 81% do grupo amostral, o que significa que a proporção entre mulheres e homens com depressão é superior a 4 (quatro) na presente casuística.

Em relação a idade, a literatura diverge sobre qual seria entre a idade média de acometimento da depressão ou mesmo em que idade os sintomas anedônicos são mais evidentes e graves. Alguns artigos mostram uma relação seguindo um padrão curvilíneo, com um pico na meia idade e pontos mais baixos na infância e nos idosos⁽¹³⁾. Outros trazem que, nos países de baixa e média renda, como o Brasil, a prevalência de

depressão tende a ser maior à medida que aumenta a idade, em contrapartida aos países de alta renda, cuja chance de ter depressão diminui conforme a idade aumenta⁽¹⁴⁾. O presente estudo não se adequa fielmente a nenhum dos padrões expostos anteriormente: a média de idade, analisando ambos os sexos, foi de 51,7 anos, com um número crescente de casos desde os 21 até os 70 anos de idade, excetuando-se aqueles entre 31 e 40 anos. O pico de prevalência ocorreu entre as sexta e sétima décadas de vida (51 a 60, e 61 a 70 anos de idade, respectivamente), quando então a quantidade de casos cai drasticamente. Apesar disso, os graus mais intensos de anedonia e também de depressão se concentraram entre os 22 e 50 anos, considerando-se ambos os sexos, na presente casuística.

Quanto a escolaridade, é citado por alguns autores uma maior intensidade de sintomas anedônicos/disfóricos naqueles com menor escolaridade e condição socioeconômica desfavorável^(3,6,14). O presente estudo, porém, contrasta bastante com esses dados, posto que a quantidade de indivíduos com mais de oito anos de estudo é sete vezes maior que a quantidade daqueles com menos de oito anos de estudo. Não foi avaliada porém, em nossa amostra, a renda ou mesmo se os entrevistados tinham emprego; tal informação poderia ser útil para uma análise mais aprofundada, já que também foi descrito que indivíduos que trabalham em casa ou desempregados não só têm mais depressão, como também desenvolvem sintomas mais graves⁽¹⁴⁾.

Em relação à situação conjugal, o presente estudo não encontrou diferença significativa ao comparar os indivíduos casados aos solteiros: foram 38,1% incluídos no primeiro grupo contra 35,7% no segundo; contudo, se somarmos a este grupo de solteiros, os divorciados, que somaram 14,3%, e os viúvos, 11,9% do total, temos que o total de indivíduos que vivem sem parceiros (61,9%) supera a quantidade daqueles que vivem com um companheiro. Distribuição semelhante foi encontrada por estudo realizado em Pelotas-RS, que afirmou que os indivíduos sem companheiros ou separados tiveram maior prevalência de depressão⁽¹⁴⁾. Outro estudo brasileiro traz que as mulheres casadas apresentam uma maior incidência de depressão do que as solteiras, excetuando-se as mulheres separadas ou divorciadas⁽¹³⁾. No presente estudo, tal diferença não pode ser observada de maneira sensível, já que foram vistas apenas 11 mulheres casadas contra 13 solteiras, um número amostral diminuto, que dificulta a realização de inferências estatísticas. O mesmo estudo anterior⁽¹³⁾ também evidenciou que os indivíduos do sexo masculino casados apresentaram menores prevalências de depressão do que os solteiros, o que vai de encontro aos resultados aqui demonstrados,

uma vez que, dos 8 homens avaliados, 5 deles eram casados. Contudo, vale ressaltar que há que se ter cautela ao avaliar um subgrupo de 8 componentes numa amostra de 42 indivíduos.

Uma limitação importante deste estudo foi o formato da amostragem: também conhecidas como amostras acidentais, as amostras por conveniência são categorizadas como não-probabilísticas e, porquanto, não são extremamente confiáveis, já que há pouco rigor na seleção, pelo fato de o próprio pesquisador selecionar os entrevistados conforme a conveniência. Dessa maneira, torna-se difícil determinar e anular os vieses de seleção, e assim não se pode extrapolar os resultados para a população da qual foi extraída a amostra

Outra limitação foi o delineamento empregado, posto que estudos transversais apresentam-se como um “corte instantâneo” ou uma “fotografia” que se faz de uma população amostral, em dado momento, sem contudo levar em conta o seguimento desse grupo. Dessa forma, não foi possível, por exemplo, verificar se a intensidade dos sintomas anedônicos se mantiveram os mesmos, se flutuaram, pioraram ou se houve algum fator de melhora, tais quais o uso de medicamentos ou realização de atividade física.

Fazem-se necessários novos estudos que abordem o tema de maneira mais profunda, levando em conta tantas outras variáveis sócio-demográficas e psicossociais, além das já mencionadas neste estudo, tais quais suporte familiar, unidade doméstica, ocupação, renda e comorbidades. Seria importante selecionar a população de maneira randômica de maneira que se possa extrapolar os resultados para que o estudo tenha validade externa e seguir os pacientes, avaliando sua evolução com o implemento de tratamento medicamentoso e prática de atividade física, objetivando resolução dos sintomas depressivos e promoção de uma melhor qualidade de vida.

VII. CONCLUSÕES

1. A frequência da anedonia entre pacientes com depressão assistidos no Ambulatório de depressivos e ansiosos do Hospital Juliano Moreira foi de aproximadamente 81% ;
2. Mulheres, indivíduos entre 51 e 70 anos de idade, aqueles sem companheiro e com maior escolaridade apresentaram as maiores frequências de depressão e anedonia no presente estudo
3. . As mulheres, principalmente as mais jovens, apresentaram maiores graus de intensidade de depressão e de anedonia em relação aos homens.

VIII. SUMMARY

FREQUENCY OF ANHEDONIA IN PATIENTS WITH DEPRESSION ASSISTED IN A PSYCHIATRIC HOSPITAL AMBULATORY AT SALVADOR (BAHIA).

Background: Depressive disorder is a disease that affects the health of millions of people all around the world, being highly incapacitating and interfering decisively and sorely in people's lives. Given its clinical importance, anhedonia is one of the core symptoms that define the diagnosis of depression, but its impact is still underestimated. **Objectives:** Estimate To estimate the frequency of anhedonia among patients with depressed assisted at the Juliano Moreira Hospital (JMH); determine the sample socio-demographic profile and establish epidemiological associations between anhedonia and socio-demographic variables found in the population being studied.

Methods: It is a cross-sectional exploratory study of patients assisted at the Depressive and Anxious Ambulatory at the JMH with major depression diagnosis, which were classified according to the results obtained by the Beck Depression Inventory. The minimum sample size was defined at 38, based on the previously known rate of 6% of Major Depression in the population. **Results:** 42 patients diagnosed with Major Depression were interviewed: 34 (81%) were females and 8 (19%) were male, the ages varied between 21 and 84 years old, with a mean of 51.7 years. The intensity of anhedonia was divided into degrees (mild, moderate, severe, or absent) and analyzed separately in each gender. As for level of education, 11.9% had up to eight years of study, while 88.1% had studied for more than eight years. Regarding to marital status, 38.1% of these patients were married, while 61.9% did not live with a partner.

Discussion: The largest number of women with more intense degrees of depression and anhedonia than men is in line with other authors results. Individuals between the ages of 51 and 70 years, those without a partner, with higher level of education had the highest frequency of anhedonia in this study. **Conclusion:** The frequency of anhedonia among patients with depression assisted at the Depressive and Anxious Ambulatory at the Juliano Moreira Hospital was approximately 81%.

Key words: 1. Depression; 2. Major Depressive Disorder; 3. Anhedonia.

IX. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andrade LHSG, Viana MC, Silveira CM. Epidemiologia dos transtornos psiquiátricos na mulher. *Rev Psiquiatr* 2006; 33 (2): 43-54.
2. Aros MS, Yoshida EMP. Estudos da depressão: Instrumentos de avaliação e gênero. *Boletim de psicologia* 2009; 49 (130): 61-76.
3. Aros MS. Produção Científica sobre Depressão: análise de resumos (2004-2007). Campinas. Dissertação [Mestrado em Psicologia] - Centro de Ciências da Vida da Pontífca Universidade Católica de Campinas; 2008.
4. Atkinson RL, Atkinson RC, Smith EE, Bem DJ, Nolen-Hoeksema, S. Introdução à Psicologia de Hilgard. 13 ed. Porto Alegre: Artmed. 2002.
5. Berrios GE. "Depressive pseudodementia" or "Melancholic dementia": a 19th century view. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry* 1985; 48: 393-400.
6. Corrêa BJ, Marciano LHSC, Nardi ST, Marques T, Assis TF de, Prado RBR. Relationship between depression, work, and grade of impairment in leprosy. *Acta Fisiátrica*. 2014; 21 (1): 1-5.
7. Del Porto JA. Conceito e Diagnóstico. *Rev Bras Psiquiatr*. 1999; 21 (1): 06-11.
8. Fráguas Júnior R, Alves TCDTF. Depressão no Hospital Geral: estudo de 136 casos. *Rev Assoc Med Bras*. 2002; 48 (3): 225-30.
9. Gorwood P. Neurobiological mechanisms of anhedonia. *Dialogues Clin Neurosci*. 2008; 10 (3): 291-9.
10. Laboratório de Epidemiologia e Estatística [homepage na Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; c1995 [atualizada em 2001 Sep 08; acesso em 2015 Oct 19]. Tamanho de amostra para pesquisa em ciências da saúde.; [aproximadamente 1 tela]. Disponível em: http://www.lee.dante.br/pesquisa/amostragem/calculo_amostra.html
11. Lima IVM, Sougey EB, Vallada Filho HP. Genética dos transtornos afetivos. *Rev Psiquiatr Clin*. 2004; 31 (1): 34-9.
12. Machado N, Parcias SR, Santos K, Silva MEM. Transtorno depressivo maior: avaliação da aptidão motora e da atenção. *J Bras Psiquiatr* 2009; 58 (3): 175-80.
13. Marques-Teixeira J. A depressão e a mulher na sociedade moderna. *Psiquiatr em Rev*. 1998; 11 (3): 5-28.

14. Munhoz TN. Prevalência e fatores associados à depressão em adultos: estudo de base populacional [dissertação de mestrado em Epidemiologia]. Pelotas: Universidade Federal de Pelotas. Programa de Pós-graduação em Epidemiologia. Departamento de Medicina Social, 2002.
15. Nakamura E, Santos JQ. Depressão Infantil: Abordagem antropológica. *Revista de Saúde Pública* 2007; 41 (1): 53-60.
16. Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da Escala de Depressão Geriátrica em um ambulatório geral. *Revista Saúde Pública*. 2005, 39 (6), 918-23.
17. Pizzagalli DA. Depression, Stress, and Anhedonia: Toward a Synthesis and Integrated Model. *Annu Rev Clin Psychol* 2014; 10: 393-423.
18. Rozenhal M, Laks J, Engelhardt E. Aspectos neuropsicológicos da depressão. *Rev Psiquiatr* 2004; 26 (2): 204-12.
19. Xie W, Li H, Luo X, Fu R, Ying X, Wang N, Yin Q, Zou Y, Cui Y, Wang X, Shi C. Anhedonia and Pain Avoidance in the Suicidal Mind: Behavioral Evidence for Motivational Manifestations of Suicidal Ideation in Patients With Major Depressive Disorder. *J Clin Psychol* 2014; 70 (7): 681-92.

X. APÊNDICE

APÊNDICE 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

" Frequência de anedonia em pacientes com depressão assistidos no ambulatório do Hospital Juliano Moreira, Salvador"

Prezado(a) Senhor(a):

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar da pesquisa "**Frequência de anedonia em pacientes com depressão assistidos no ambulatório do Hospital Juliano Moreira, Salvador**", realizada no Hospital Juliano Moreira. O objetivo da pesquisa é avaliar a presença da anedonia (perda da capacidade de experimentar prazer nas atividades em geral e a redução do interesse pelo ambiente ou afastamento de atividades prazerosas) em pacientes com depressão que irão receber tratamento no Hospital Juliano Moreira através da aplicação na primeira consulta de 1 (um) teste que avaliará a dimensão emocional nesses pacientes: o Índice de Depressão de Beck (IDB). A sua participação é muito importante e ela se dará através da participação no teste que será realizado em duas ocasiões: na primeira consulta e após o seguimento de 8 meses em acompanhamento psiquiátrico, seguindo as intervenções terapêuticas indicadas para o distúrbio. Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa. Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade.

Os benefícios esperados são, de posse da prevalência das alterações emocionais, conseguir analisar o impacto que a depressão pode levar no cotidiano das pessoas, podendo ser causa limitante do desenvolvimento das habilidades pessoais e sociais devido a prejuízos cognitivos desencadeados pelo transtorno de humor. O presente trabalho não oferece riscos físicos, morais ou de qualquer outra natureza.

Informamos que o(a) senhor(a) não pagará nem será remunerado por sua participação. Garantimos, no entanto, que todas as despesas decorrentes da pesquisa serão ressarcidas, quando devidas e decorrentes especificamente de sua participação na pesquisa.

Caso o(a) senhor(a) tenha dúvidas ou necessite de maiores esclarecimentos pode nos contactar (William Azevedo Dunningham; Rua Acari, nº 08 – Piatã – Salvador – Bahia. CEP: 41650-095; Tel: (71) 3249-0977; email: wdunningham@gmail.com OU Felipe Luciano dos Santos de Souza, Rua Professor Jairo Simões, nº 279 – Imbuí – Salvador – Bahia. CEP: 41720-375; Tel: (71) 9207-3744; email: felipe_luciano@hotmail.com), ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Mantenedor de Ensino Superior da Bahia – IMES (Avenida Luís Viana Filho, 8812, Modulo 4, nível 2 – Paralela. Salvador/Ba – CEP: 41.741-590; Fone: (71) 3281-8214 / 8212 Fax: (71) 3281-8213 - E-mail: fftc@fundacaoftc.org.br / www.fundacaoftc.org.br). Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida, assinada e entregue ao(a) senhor(a) e outra anexada ao protocolo da pesquisa desenvolvida.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi produzido com base nas normas da Resolução 466/2012, de 12 de dezembro de 2012.

Salvador, ____ de _____ de 201_.

Pesquisador Responsável

RG: _____

_____ (nome por extenso do sujeito de pesquisa), tendo sido devidamente esclarecido sobre os procedimentos da pesquisa, concordo em participar **voluntariamente** da pesquisa descrita acima.

Assinatura (ou impressão dactiloscópica): _____

Data: _____

XI. ANEXOS

ANEXO.1. Inventário de Depressão de Beck

Nome: _____ Idade: _____ Data: ____/____/____

Este questionário consiste em 21 grupos de afirmações. Depois de ler cuidadosamente cada grupo, faça um círculo em torno do número (0, 1, 2 ou 3) próximo à afirmação, em cada grupo, que descreve **melhor** a maneira que você tem se sentido na **última semana, incluindo hoje**. Se várias afirmações num grupo parecerem se aplicar igualmente bem, faça um círculo em cada uma. **Tome cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer sua escolha.**

| | | | |
|----------|---|-----------|---|
| 1 | 0 Não me sinto triste 1 Eu me sinto triste 2 Estou sempre triste e não consigo sair disto 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar | 7 | 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo 1 Estou decepcionado comigo mesmo 2 Estou enjoado de mim 3 Eu me odeio |
| 2 | 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro 2 Acho que nada tenho a esperar 3 Acho o futuro sem esperanças e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar | 8 | 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros 1 Sou crítico em relação a mim por minhas fraquezas ou erros 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece |
| 3 | 0 Não me sinto um fracasso 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum 2 Quando olho pra trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso | 9 | 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria 2 Gostaria de me matar 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade |
| 4 | 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes 2 Não encontro um prazer real em mais nada 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo | 10 | 0 Não choro mais que o habitual 1 Choro mais agora do que costumava 2 Agora, choro o tempo todo 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo, mesmo que o queria |
| 5 | 0 Não me sinto especialmente culpado 1 Eu me sinto culpado grande parte do tempo 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo 3 Eu me sinto sempre culpado | 11 | 0 Não sou mais irritado agora do que já fui 1 Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava 2 Agora, eu me sinto irritado o tempo todo 3 Não me irrita mais com coisas que costumavam me irritar |
| 6 | 0 Não acho que esteja sendo punido 1 Acho que posso ser punido 2 Creio que vou ser punido 3 Acho que estou sendo punido | 12 | 0 Não perdi o interesse pelas outras pessoas 1 Estou menos interessado pelas outras pessoas do que costumava estar 2 Perdi a maior parte do meu interesse pelas outras pessoas 3 Perdi todo o interesse pelas outras pessoas |

| | | | |
|----|---|----|--|
| 13 | <p>0 Tomo decisões tão bem quanto antes</p> <p>1 Adio as tomadas de decisões mais do que costumava</p> <p>2 Tenho mais dificuldades de tomar decisões do que antes</p> <p>3 Absolutamente não consigo mais tomar decisões</p> | 18 | <p>0 O meu apetite não está pior do que o habitual</p> <p>1 Meu apetite não é tão bom como costumava ser</p> <p>2 Meu apetite é muito pior agora</p> <p>3 Absolutamente não tenho mais apetite</p> |
| 14 | <p>0 Não acho que de qualquer modo pareço pior do que antes</p> <p>1 Estou preocupado em estar parecendo velho ou sem atrativo</p> <p>2 Acho que há mudanças permanentes na minha aparência, que me fazem parecer sem atrativo</p> <p>3 Acredito que pareço feio</p> | 19 | <p>0 Não tenho perdido muito peso se é que perdi algum recentemente</p> <p>1 Perdi mais do que 2 quilos e meio</p> <p>2 Perdi mais do que 5 quilos</p> <p>3 Perdi mais do que 7 quilos</p> <p>Estou tentando perder peso de propósito, comendo menos: Sim _____ Não _____</p> |
| 15 | <p>0 Posso trabalhar tão bem quanto antes</p> <p>1 É preciso algum esforço extra para fazer alguma coisa</p> <p>2 Tenho que me esforçar muito para fazer alguma coisa</p> <p>3 Não consigo mais fazer qualquer trabalho</p> | 20 | <p>0 Não estou mais preocupado com a minha saúde do que o habitual</p> <p>1 Estou preocupado com problemas físicos, tais como dores, indisposição do estômago ou constipação</p> <p>2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa</p> <p>3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em qualquer outra coisa</p> |
| 16 | <p>0 Consigo dormir tão bem como o habitual</p> <p>1 Não durmo tão bem como costumava</p> <p>2 Acordo 1 a 2 horas mais cedo do que habitualmente e acho difícil voltar a dormir</p> <p>3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e não consigo voltar a dormir</p> | 21 | <p>0 Não notei qualquer mudança recente no meu interesse por sexo</p> <p>1 Estou menos interessado por sexo do que costumava</p> <p>2 Estou muito menos interessado por sexo agora</p> <p>3 Perdi completamente o interesse por sexo</p> |
| 17 | <p>0 Não fico mais cansado do que o habitual</p> <p>1 Fico cansado mais facilmente do que costumava</p> <p>2 Fico cansado em fazer qualquer coisa</p> <p>3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa</p> | | |

ANEXO 2. Parecer Consubstanciado do CEP

INSTITUTO MANTENEDOR DE
ENSINO SUPERIOR DA BAHIA
- IMES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Prevalência de anedonia em pacientes com depressão assistidos no ambulatório do Hospital Juliano Moreira, Salvador

Pesquisador: William Azevedo Dunningham

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30204614.6.0000.5032

Instituição Proponente: Instituto Mantenedor de Ensino Superior da Bahia - IMES

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 653.169

Data da Relatoria: 14/04/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo transversal, para determinação da prevalência de anedonia em pacientes com depressão atendidos no Hospital Juliano Moreira, em Salvador, aos quais será aplicado o Inventário de Depressão de Beck.

Objetivo da Pesquisa:

Determinar a prevalência de anedonia entre pacientes com depressão no HJM.

Estudar o perfil sócio-demográfico dos pacientes com depressão desse hospital.

Estabelecer associações epidemiológicas entre anedonia e variáveis sociodemográficas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: possibilidade de constrangimento do paciente ao responder ao questionário.

Benefícios: o estudo possibilitará o conhecimento da relevância de anedonia na população de deprimidos.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não há

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Satisfatórios

Endereço: Avenida Luis Viana Filho, 8812, Mód IV Nível II

Bairro: Paralela

CEP: 41.741-590

UF: BA

Município: SALVADOR

Telefone: (71)3281-8214

Fax: (71)3281-8213

E-mail: ftc@fundacaoftc.org.br; jvieira@fundacaoftc.org

INSTITUTO MANTENEDOR DE
ENSINO SUPERIOR DA BAHIA
- IMES



Continuação do Parecer: 653.169

Recomendações:

Não há

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SALVADOR, 20 de Maio de 2014

Assinado por:
José Antonio de Almeida Souza
(Coordenador)

Endereço: Avenida Luis Viana Filho, 8812, Mód IV Nível II
Bairro: Paralela CEP: 41.741-590
UF: BA Município: SALVADOR
Telefone: (71)3281-8214 Fax: (71)3281-8213 E-mail: ftc@fundacaoftc.org.br; jvieira@fundacaoftc.org.