

## **Curso de Licenciatura em Enfermagem**

**Unidade Curricular – ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL E PSIQUIÁTRICA**

### **Perturbações do Humor – Depressão e Suicídio (Material Pedagógico de Apoio)**

**Elaborado pelo docente:**

**Celso Silva**

**Faro, setembro 2026**

## Índice

|                                                                   |    |
|-------------------------------------------------------------------|----|
| <b>ENQUADRAMENTO</b>                                              | 3  |
| <b>1. SITUAÇÃO ATUAL DA SAÚDE MENTAL</b>                          | 4  |
| <b>2. DEPRESSÃO</b>                                               | 5  |
| 2.1 CONCEITO DE DEPRESSÃO                                         | 5  |
| 2.2 CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO                                      | 5  |
| 2.3 ETIOLOGIA NA GENERALIDADE                                     | 6  |
| <b>2.3.1 Alterações nos neurotransmissores</b>                    | 7  |
| 2.4 FATORES DE RISCO                                              | 7  |
| 2.5 SINTOMATOLOGIA ASSOCIADA                                      | 7  |
| <b>2.5.1 Afetividade</b>                                          | 8  |
| <b>2.5.2 Tristeza normal e tristeza patológica</b>                | 8  |
| <b>2.5.3 Pensamento e perceção</b>                                | 9  |
| <b>2.5.4 Cognição</b>                                             | 9  |
| <b>2.5.5 Comportamento</b>                                        | 9  |
| <b>2.5.6 Fisiológicos</b>                                         | 10 |
| 2.6 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DEPRESSÃO             | 10 |
| <b>2.6.1 Objetivos</b>                                            | 10 |
| <b>2.6.2 Intervenções de enfermagem</b>                           | 11 |
| 2.7 INSTRUMENTOS (ESCALAS) DE APOIO À AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA       | 12 |
| <b>3. SUICÍDIO</b>                                                | 13 |
| 3.1 FATORES DE RISCO                                              | 13 |
| 3.2 MITOS SOBRE O SUICÍDIO                                        | 13 |
| 3.3 FACTOS SOBRE O SUICÍDIO                                       | 13 |
| 3.4 AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM (GRAU DO RISCO DE SUICÍDIO)           | 14 |
| 3.5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM TENTATIVA DE SUICÍDIO | 14 |
| 3.6 INSTRUMENTOS (ESCALAS) DE APOIO À AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA       | 14 |
| <b>4. CONCLUSÃO</b>                                               | 15 |
| <b>REFERÊNCIAS</b>                                                | 16 |

## ENQUADRAMENTO

Olhem para a pessoa sentada à vossa esquerda. Agora olhem para a pessoa à vossa direita. Estatisticamente, se não for um de vocês, será alguém muito próximo a experienciar, ao longo da vida, uma perturbação do humor.

Todos nós sabemos o que é estar triste, e todos nós sabemos o que é estar feliz ou entusiasmado. Essas são reações normais às oscilações da vida.

Mas imaginem que o vosso “termóstato emocional” avariava.

Imaginem que a tristeza se transformava num abismo cinzento do qual não conseguem sair. É disto que falamos quando abordamos a Depressão no âmbito das Perturbações do Humor.

Não vamos falar de “tristeza” ou de “andar bem-disposto”. Vamos falar de patologia (Depressão). Vamos compreender que esta condição não é fraqueza de caráter, falta de força de vontade ou alguém “chato” ou “difícil”. São alterações neurobiológicas profundas e incapacitantes.

A Depressão não escolhe contextos clínicos. Podemos encontrar pessoas com Depressão na psiquiatria, sim, mas também na obstetrícia (depressão pós-parto), na oncologia, na cardiologia, nos cuidados intensivos... isto é, podemos encontrar pessoas com Depressão em qualquer contexto clínico.

Se uma pessoa for admitida no serviço de urgência com uma fratura exposta no fémur, nenhum de nós lhe vai dizer: “Tens de te esforçar mais, anda lá, põe-te de pé, isso é falta de força de vontade”. Seria absurdo, certo?

No entanto, todos os dias, pessoas com Depressão ouvem: “Sai de casa, distrai-te, tu tens tudo para ser feliz, isso passa”.

O nosso primeiro grande objetivo é compreender que a Depressão não é uma escolha, não é preguiça e não é apenas “uma tristeza profunda”. A depressão é uma doença sistémica, neurobiológica e, acima de tudo, potencialmente fatal.

A vossa postura pode ajudar (ou não): A forma como comunicam, o vosso olhar sem julgamento e a vossa capacidade de validar a dor do outro são ferramentas terapêuticas tão poderosas como qualquer antidepressivo ou estabilizador de humor.

## **1. SITUAÇÃO ATUAL DA SAÚDE MENTAL**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou em junho de 2022 a maior revisão sobre a saúde mental mundial desde a mudança de século.

De acordo com o estudo, quase 1 bilhão de pessoas vivem com uma perturbação mental e destes, cerca de 280 milhões de pessoas têm depressão. Depressão e a ansiedade aumentaram mais de 25% apenas no primeiro ano da pandemia, valores estes que se mantiveram semelhantes no período pós pandémico.

Segundo a OMS, a Depressão é uma das principais causas de incapacidade a nível mundial, passou da 5.ª para a 2.ª causa principal de anos vividos com incapacidade.

Não estamos a falar de um sentimento passageiro. Falamos de uma patologia que altera o sono, o apetite, a capacidade de concentração, a imunidade e a perceção da própria realidade.

De acordo com o Programa Nacional para a Saúde Mental, em 2030 a Depressão será a primeira causa de carga global de doença a nível mundial, sendo que a pandemia só veio acelerar esta tendência de acordo com o “Plano Nacional de Saúde 2021-2030: Saúde Sustentável de tod@s para tod@s”.

## 2. DEPRESSÃO

### 2.1 CONCEITO DE DEPRESSÃO

A Depressão é uma Perturbação do Humor caracterizada por um sentimento de tristeza profunda, associado com sintomas fisiológicos e cognitivos no indivíduo.

Quando falamos de Depressão, estamos na maioria das vezes a falar de Perturbação Depressiva Major, que é a Perturbação Depressiva mais comum.

O núcleo afetivo da Depressão é a tristeza profunda que envolve a pessoa até afetar todas as esferas da sua vida intra e interpessoal.

### 2.2 CRITÉRIOS DE DIAGNÓSTICO

Tanto a **CID-11**<sup>1</sup> como a **DSM-V**<sup>2</sup> caracterizam a depressão como um conjunto de sintomas que incluem:

- Humor deprimido (tristeza profunda, desesperança, melancolia, desânimo);
- Perda de interesse e prazer por atividades anteriormente satisfatórias (anedonia);
- Diminuição da energia, levando a uma importante falta de ânimo que interfere na vida no indivíduo.

#### **Perturbação Depressiva Major – DSM-V:**

A – Estão presentes 5 (ou mais) dos seguintes sintomas durante um período de 2 semanas e representam uma alteração relativamente ao funcionamento prévio; pelo menos um dos sintomas é (1) humor deprimido ou (2) perda do interesse ou do prazer.

- Humor deprimido a maior parte do dia, quase todos os dias;
- Diminuição marcada do interesse ou prazer em todas, ou quase todas, as atividades, durante a maior parte do dia, quase todos os dias;
- Perda de peso, quando não está a fazer dieta, ou aumento de peso significativos, ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias;
- Insónia ou hipersónia quase todos os dias;
- Agitação ou lentificação psicomotoras quase todos os dias;
- Fadiga ou perda de energia quase todos os dias;

---

<sup>1</sup> <https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/pt>

<sup>2</sup> <https://www.psychiatry.org/Psychiatrists/Practice/DSM>

- Sentimentos de desvalorização ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias;
- Diminuição da capacidade de pensar ou concentrar-se ou indecisão quase todos os dias;
- Pensamentos recorrentes acerca da morte, ideação suicida recorrente ou tentativa de suicídio.

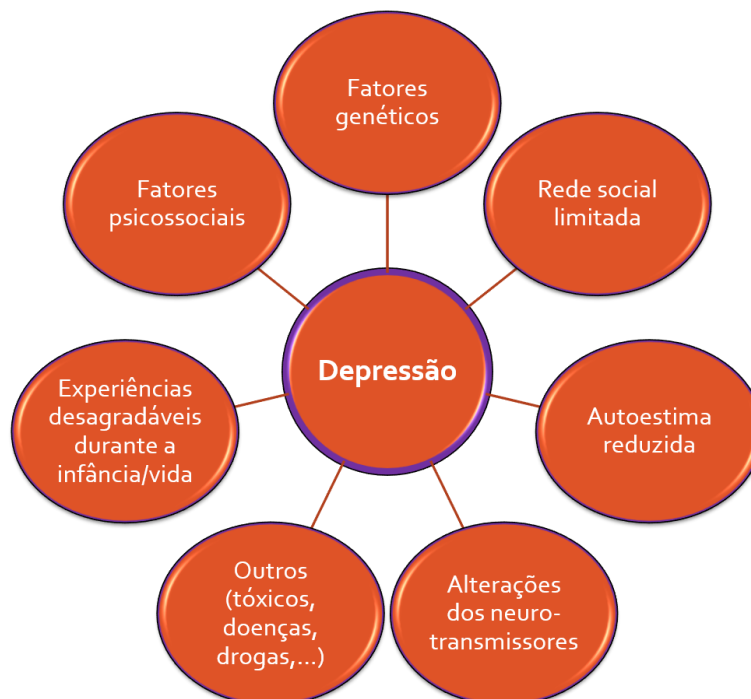
B – Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou défice no funcionamento social, ocupacional, ou noutras áreas importantes do funcionamento.

C – O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos de uma substância ou a outra condição médica.

Este conjunto de sintomas deve estar **presente por no mínimo duas semanas, causar prejuízo significativo na vida social e/ou ocupacional do indivíduo, e causar grande sofrimento.**

### 2.3 ETIOLOGIA NA GENERALIDADE

A etiologia da Depressão é o resultado da **interação de fatores genéticos, psicológicos, sociais e biológicos**, estando também associada a atributos da personalidade (Figura 1 – Etiologia da Depressão).



**Figura 1 – Etiologia da Depressão**

### 2.3.1 Alterações nos neurotransmissores

Alguns neurotransmissores, como a **serotonina**, **noradrenalina** e a **dopamina** estão associados ao estado afetivo das pessoas. Estes neurotransmissores estão relacionados com a regulação do humor, energia, sono e motivação.

Na depressão pode ocorrer diminuição dos níveis de serotonina, noradrenalina (ou norepinefrina) e dopamina. Com menos “mensageiros”, a comunicação entre neurónios fica prejudicada e também a regulação das funções desses neurónios.

Pode ainda ocorrer deficiência dos neurotransmissores, em que há uma diminuição das substâncias protetoras dos neurónios, podendo causar inclusive a morte de células cerebrais.

Em algumas pessoas ocorre uma atrofia cerebral e até diminuição do hipocampo (área do cérebro relacionada à memória e às emoções).

Em resultado destas alterações, podem surgir alterações da memória, dificuldade de concentração e diminuição cognitiva.

### 2.4 FATORES DE RISCO

- Antecedentes de Depressão;
- História familiar de Depressão;
- Sexo feminino;
- Período pós-parto;
- Comorbidade médica (doenças neoplásicas, diabetes, transtornos metabólicos, etc.);
- Ausência de apoio social (é um fator de vulnerabilidade);
- Eventos de vida (divórcio, viuvez);
- História pessoal de abuso sexual;
- Abuso de substâncias.

### 2.5 SINTOMATOLOGIA ASSOCIADA

As pessoas com Depressão exibem um vasto leque de sintomas.

Podem ser os mesmos que qualquer pessoa apresenta quando atravessa um período difícil da vida. Apresentam-se de uma forma mais vincada e duradoura do que nas pessoas que não estão clinicamente deprimidas.

### 2.5.1 Afetividade

- Tristeza;
- Anedonia;
- Apatia;
- Indiferença;
- Ansiedade;
- Irritabilidade;
- Raiva;
- Solidão;
- Desesperança;
- Desânimo;
- Sentimentos de culpa;
- “Anestesia afetiva”.

Anedonia:

- Ausência de prazer, relativamente às atividades de que habitualmente se gostava;
- Relaciona-se com uma desorganização funcional dos centros de prazer relativos à alimentação, sexualidade, relação, ocupação...
- Consequência – pessimismo, sentimento de impotência relativamente ao trabalho e à concretização dos seus objetivos.

“Anestesia afetiva”:

- A pessoa refere que apesar da sua tristeza não consegue chorar, é como estar para “além das lágrimas”.

### 2.5.2 Tristeza normal e tristeza patológica

| Tristeza normal                   | Tristeza patológica             |
|-----------------------------------|---------------------------------|
| Estímulo desencadeante            | Estímulo possível               |
| Proporcional ao estímulo          | Desproporção estímulo-reação    |
| Duração ajustada ao estímulo      | Duração desproporcionada        |
| Apenas influencia o rendimento    | Franca diminuição do rendimento |
| Sintomas físicos pouco relevantes | Sintomas físicos relevantes     |

### **2.5.3 Pensamento e percepção**

- Bradipsiquismo (Lentificação de todas as funções mentais);
- Negativismo;
- Baixa autoestima;
- Ideias de suicídio;
- Ideias de culpa;
- Delírio de ruína;
- Hipocondria.

Os pensamentos têm uma tonalidade negativa, centram-se nos insucessos sentidos e na baixa de autoestima.

Na Depressão psicótica surgem ideias delirantes que tendem a ser congruentes como o humor deprimido (delírio de ruína – acreditar que vai perder as suas posses, que ele e sua família vão passar fome, tudo no futuro é um fracasso, e hipocondria – acreditar que tem uma doença grave, incurável, que está contaminado). Na depressão psicótica podem ainda ocorrer alucinações auditivas, vozes na 2ª pessoa proferindo afirmações depreciativas.

### **2.5.4 Cognição**

- Diminuição da atenção e concentração;
- Alterações da memória;
- Défices cognitivos;
- Incerteza, indecisão.

A cognição é a capacidade de processar informações a partir da percepção (estímulos que nos chegam do mundo exterior através dos sentidos) o que permite integrar todas essas informações para interpretar o mundo.

### **2.5.5 Comportamento**

- Desleixo pessoal;
- Lentificação motora;
- Inibição/agitação;
- Agressividade;
- Isolamento;

- Choro fácil;
- Diminuição do contato visual;
- Intolerância a pequenas “coisas”;
- Dependência;
- Consumo de substâncias ou alcoolismo;
- Isolamento social;
- Tentativas de suicídio.

#### **2.5.6 Fisiológicos**

- Anorexia;
- Perda de peso;
- Perturbações digestivas;
- Dores (abdominal, lombar, torácica);
- Cefaleias;
- Astenia;
- Disfunções sexuais;
- Amenorreia.

Alteração nos ritmos biológicos:

- Insónia inicial, intermédia ou final;
- Hipersónia;
- Sono leve e não reparador;
- Pesadelos.

### **2.6 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM DEPRESSÃO**

#### **2.6.1 Objetivos**

- Responder emocionalmente e voltar ao nível de funcionamento anterior à doença;
- Modificar respostas desadaptadas;
- As intervenções de enfermagem devem ter em conta a natureza complexa dos sintomas e abordar todos os aspetos desadaptados da vida da pessoa.

Comunicação:

- Promover a relação terapêutica adequada;
- Empatia;
- Congruência;
- Confiança.

### **2.6.2 Intervenções de enfermagem**

As pessoas deprimidas resistem ao envolvimento em virtude das suas visões negativas, tendem a permanecer isoladas, a verbalizar pouco, a pensar que não merecem ajuda e a formar vínculos de dependência com os outros (modelo do aprendizado da impotência – desesperança, passividade, não têm o domínio da vida).

A abordagem deve ser tranquila, sem críticas nem juízos de valor, e utilizar as técnicas da comunicação terapêutica para iniciar o relacionamento terapêutico.

Expressar esperança à pessoa. As pessoas têm uma necessidade real de tranquilização verbal repetida.

Para a pessoa deprimida, apenas a depressão é real, a felicidade do passado ou a do futuro é uma ilusão.

As intervenções de enfermagem devem transmitir a ideia de que a expressão dos sentimentos é normal e necessária. O bloqueio ou a repressão das emoções é parcialmente responsável pela dor da pessoa.

Devemos ajudar a pessoa a perceber que sentimentos de desânimo e de inutilidade são defesas que levam a evitar os seus problemas.

Incentivar a pessoa no sentido de expressar sentimentos desagradáveis ou dolorosos, o que pode reduzir a intensidade destes e fazer com que a pessoa se sinta mais viva e no domínio da sua vida.

Estas ações são um pré-requisito para as intervenções nas áreas cognitiva, comportamental ou social.

Devemos utilizar estratégias cognitivas (centram-se no modo de repensar as situações). Aos intervirmos na área cognitiva, devemos ter em conta 3 objetivos:

- Aumentar o senso de controle da pessoa sobre metas e comportamentos;
- Aumentar a autoestima;
- Ajudar a pessoa a modificar padrões disfuncionais de pensamento.

O enfermeiro deve levar a pessoa para além da sua preocupação restrita para outros aspetos do seu mundo, para isto deve incentivá-la a explorar as suas emoções. De seguida a pessoa deve formar uma opinião sobre o problema, para que com o enfermeiro possam delimitar o problema para adquirir um senso de controle, esperanças e a perceção de que a mudança pode ser realmente possível.

As intervenções de enfermagem podem centrar-se na modificação do pensamento negativo. O pensamento negativo é um processo automático, do qual a pessoa não se apercebe. O enfermeiro ajuda a identificar os pensamentos negativos e a atenuá-los por meio da técnica de interrupção (quando um pensamento que você prefere não ter começa a invadir a sua consciência, você identifica-o como indesejado ou intrusivo e, em seguida, age para afastá-lo) ou da substituição do pensamento (será que é mesmo assim? será apenas uma interpretação? que outro significado pode ter?).

Ajudar a intensificar o pensamento positivo, analisando conquistas pessoais, talentos, sucessos e oportunidades.

Ajudar a mudar os seus objetivos, tornando-os realistas e diminuir a importância dos objetivos impossíveis.

Todas estas ações melhoram o entendimento que a pessoa tem sobre si mesma e elevam a sua autoestima.

A nível comportamental:

- Estimular a pessoa para a realização de atividades orientadas, reforçando progressivamente o seu comportamento produtivo;
- Incentivar a partilhar atividades com outras pessoas para melhorar o funcionamento social;
- A socialização oferece um aumento da autoestima, por meio de reforços sociais de aprovação, de aceitação, de reconhecimento e apoio.

Em relação à segurança devemos avaliar o risco de suicídio:

- Observar comportamentos destrutivos;
- Proteção efetiva da pessoa.

## 2.7 INSTRUMENTOS (ESCALAS) DE APOIO À AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) ou o BDI-II (Inventário de Depressão de Beck - II).

### 3. SUICÍDIO

O suicídio é um tema que durante muito tempo, foi tratado como um tabu intransponível, inclusive dentro das escolas de saúde.

Existe um mito antigo que diz: “Se falarmos sobre suicídio, estamos a incentivar o ato”. Contudo, o silêncio não protege ninguém, o silêncio pode matar.

Na prática clínica, seja nos cuidados intensivos, na pediatria ou na saúde comunitária, e, naturalmente na psiquiatria, muitas vezes, a pessoa não vai dizer “quero morrer”, mas vai dar sinais subtis através do comportamento, de uma ferida mal explicada ou de um desabafo no momento de administrar a medicação.

#### 3.1 FATORES DE RISCO

- Fatores biológicos (Idade, sexo, bioquímica).
- Fatores psicológicos (Personalidade).
- Fatores psicopatológicos.
- Fatores sociais (estado civil, família, profissão, religião, nível cultural e isolamento social).

#### 3.2 MITOS SOBRE O SUICÍDIO

- O suicídio acontece sem aviso;
- A melhoria de uma Depressão grave indica que o risco de suicídio já passou;
- A intoxicação medicamentosa é a causa mais frequente.

#### 3.3 FACTOS SOBRE O SUICÍDIO

- Não desvalorizar as ameaças de suicídio;
- Muitos suicídios ocorrem após o início das melhoras;
- Ferimento por arma de fogo é a principal causa de morte por suicídio.

### 3.4 AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM (GRAU DO RISCO DE SUICÍDIO)

- Ansiedade, Depressão;
- Isolamento;
- Funcionamento diário;
- Família, amigos;
- Antecedentes psiquiátricos;
- Consumo de substâncias e/ou álcool;
- Tentativas anteriores;
- Hostilidade/agressividade;
- Plano suicida.

### 3.5 INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM À PESSOA COM TENTATIVA DE SUICÍDIO

- Atitude empática, não crítica, nem moralista;
- Facilitar a comunicação das ideias suicidas (porque surgiram, quando, existência de um plano definido...);
- Proteger o doente (vigilância 24h).
- Mensagem de esperança;
- Integrar a pessoa em atividades de grupo;
- Comunicar aos outros membros da equipa todos os aspetos relevantes.

### 3.6 INSTRUMENTOS (ESCALAS) DE APOIO À AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

Questionário de Comportamentos Suicidários Revisto ou o Positive and Negative Suicide Ideation Inventory (PANSI).

#### **4. CONCLUSÃO**

A Depressão não é uma fraqueza de espírito, é uma patologia complexa que paralisa o corpo e a mente.

Mais do que sabermos os sintomas ou os nomes dos antidepressivos, é fundamental que retenham que: Em saúde mental, nós somos o próprio instrumento de terapêutico.

A intervenção de enfermagem mais avançada na Depressão não envolve máquinas. Envolve a vossa capacidade de entrar num quarto escuro e tolerar o silêncio da pessoa. Envolve não julgar quando a pessoa não tem forças para tomar banho. Envolve ouvir o que não é dito e, acima de tudo, segurar a esperança por alguém que, naquele momento, a perdeu por completo.

A vossa postura vai ditar se a pessoa se sente mais um fardo isolado no mundo, ou se encontra em vocês uma ponte segura de volta à vida.

Tratar a depressão é devolver o futuro a alguém. E isso, a ciência ajuda, mas são as vossas intervenções que o concretiza.

## REFERÊNCIAS

APA, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2014). DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (5a Ed. Revista). Climepsi Editores.

DGS. (2017). Programa nacional para a saúde mental. [https://www.chpl.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/39/2020/09/DGS\\_PNSM\\_2017.10.09\\_v2.pdf](https://www.chpl.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/39/2020/09/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf)

DGS. (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. <https://www.sns.gov.pt/noticias/2022/04/08/plano-nacional-de-saude-2021-2030-2/>

Cerejeira, J. (2014). *Psiquiatria fundamental*. C. B. Saraiva (Ed.). Lidel-Edições Técnicas, Lda. ISBN: 978-989-752-071-6.

Santomauro, D. F., Mantilla Herrera, A. M., Shadid, J., Zheng, P., Ashbaugh, C., Pigott, D. M., Abbafati, C., Adolph, C., Amlag, J. O., Aravkin, A. Y., Bang-Jensen, B. L., Bertolacci, G. J., Bloom, S. S., Castellano, R., Castro, E., Chakrabarti, S., Chattopadhyay, J., Cogen, R. M., Collins, J. K., ... Ferrari, A. J. (2021). Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet*, 398(10312), 1700–1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7)

Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em saúde mental: Diagnósticos e intervenções*. ISBN 978-989-752-413-4.