



FACULDADE JARDINS ALL
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM
(Autorização pela Portaria nº 1.364, de 21/12/2017, D.O.U. de
22/12/2017)

LUCAS DOS SANTOS OLIVEIRA
SIMONE EMANUELY MOTA SANTOS

A INFLUÊNCIA DO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR NO
AUTOCUIDADO E O PAPEL DA ENFERMAGEM NA REABILITAÇÃO
PSICOSSOCIAL

**LUCAS DOS SANTOS OLIVEIRA
SIMONE EMANUELY MOTA SANTOS**

**A INFLUÊNCIA DO TRANSTORNO DEPRESSIVO MAIOR NO AUTOCUIDADO
E O PAPEL DA ENFERMAGEM NA REABILITAÇÃO PSICOSSOCIAL**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como pré-requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, da Faculdade Jardins ALL – Sergipe.

Orientador(a): Prof^ª Lucia Fernanda Dantas Costa

RESUMO

O presente trabalho analisa a influência do Transtorno Depressivo Maior (TDM) no autocuidado e destaca o papel da enfermagem na reabilitação psicossocial dos indivíduos acometidos por essa condição. O estudo evidencia que o TDM é uma das doenças mentais mais incapacitantes da atualidade, afetando significativamente a qualidade de vida, a autonomia e o funcionamento social dos pacientes. Sintomas como apatia, anedonia, fadiga, desesperança e baixa motivação comprometem atividades básicas do cotidiano, como higiene pessoal, alimentação, adesão ao tratamento e interação social. A pesquisa também aborda as barreiras sociais e emocionais relacionadas ao transtorno, incluindo o estigma, o isolamento social e a dificuldade de acesso aos serviços de saúde mental, fatores que agravam o sofrimento psíquico e dificultam o processo de recuperação. Nesse contexto, o autocuidado é apresentado como um elemento fundamental para a promoção da saúde mental, embora frequentemente prejudicado pela sintomatologia depressiva. Diante dessas dificuldades, a enfermagem assume papel essencial na promoção do autocuidado e na reabilitação psicossocial, atuando por meio da escuta qualificada, vínculo terapêutico, educação em saúde, incentivo à adesão terapêutica e fortalecimento das redes de apoio familiar e social. O estudo ressalta ainda a importância das políticas públicas de saúde mental, especialmente da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) e dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), na assistência integral aos pacientes com TDM. Conclui-se que o enfrentamento do Transtorno Depressivo Maior exige uma abordagem humanizada, interdisciplinar e centrada no indivíduo, sendo a enfermagem peça-chave na reconstrução da autonomia, no fortalecimento do autocuidado e na reinserção social dos pacientes.

ABSTRACT

This study analyzes the influence of Major Depressive Disorder (MDD) on self-care and highlights the role of nursing in the psychosocial rehabilitation of individuals affected by this condition. The research demonstrates that MDD is one of the most disabling mental health disorders today, significantly affecting patients' quality of life, autonomy, and social functioning. Symptoms such as apathy, anhedonia, fatigue, hopelessness, and low motivation impair basic daily activities, including personal hygiene, nutrition, treatment adherence, and social interaction. The study also discusses the social and emotional barriers associated with the disorder, including stigma, social isolation, and difficulties in accessing mental health services, factors that worsen psychological suffering and hinder the recovery process. In this context, self-care is presented as a fundamental element in promoting mental health, although it is often compromised by depressive symptoms. Given these challenges, nursing plays an essential role in promoting self-care and psychosocial rehabilitation through qualified listening, therapeutic bonding, health education, encouragement of treatment adherence, and strengthening family and social support networks. The study also emphasizes the importance of public mental health policies, especially the Psychosocial Care Network (RAPS) and the Psychosocial Care Centers (CAPS), in providing comprehensive care for patients with MDD. In conclusion, coping with Major Depressive Disorder requires a humanized, interdisciplinary, and patient-centered approach, with nursing acting as a key element in rebuilding autonomy, strengthening self-care, and promoting patients' social reintegration.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 Problemática.....	8
1.2 Justificativa.....	9
1.3 Objetivo Geral.....	9
1.4 Objetivos Específicos.....	9
2. MÉTODO	10
3. DESENVOLVIMENTO	12
3.1 Transtorno Depressivo Maior: bases clínicas, etiologia e impacto na vida cotidiana	12
3.2 Estigma e barreiras sociais no manejo do TDM.....	14
3.3 Barreiras emocionais ao autocuidado: apatia, anedonia e baixa motivação.....	16
3.4 Autocuidado: Conceito, Importância e Comprometimentos no TDM.....	17
3.5 A atuação da enfermagem na promoção do autocuidado e na reabilitação psicossocial.....	19
3.6 Políticas públicas e estratégias de suporte à saúde mental no contexto do TDM.....	24
4 ORÇAMENTO	26
5 CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO	27
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	28
7 REFERÊNCIAS	29

1 INTRODUÇÃO

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é reconhecido como uma das condições de saúde mental mais incapacitantes da atualidade. Diferente de oscilações emocionais transitórias ou de uma tristeza passageira, o Transtorno Depressivo Maior (TDM) apresenta um conjunto de sintomas persistentes que impactam significativamente o funcionamento do indivíduo, incluindo humor deprimido, perda de interesse nas atividades diárias, alterações no sono e apetite, fadiga e dificuldades cognitivas (OMS, 2023). Mais de 280 milhões de pessoas em todo o mundo vivem com esse transtorno, o que o consolida como uma das principais causas de anos vividos com incapacidade, com repercussões profundas que extrapolam o âmbito individual, afetando a economia, os sistemas de saúde e a estrutura social.

Apesar da elevada prevalência e gravidade clínica, um dos aspectos mais críticos e frequentemente negligenciados do TDM refere-se ao impacto direto e devastador sobre a capacidade de autocuidado. O autocuidado refere-se às ações que o próprio indivíduo realiza com o objetivo de manter sua saúde e bem-estar. Trata-se de um componente essencial para a manutenção da estabilidade e da funcionalidade cotidiana. No entanto, na presença do TDM, essa capacidade encontra-se severamente comprometida. (OREM, 2001; RIEGEL et al., 2024; TIBÚRCIO, 2023).

Sintomas centrais da depressão, como apatia profunda e anedonia entendida como a incapacidade marcante de sentir prazer, reduzem drasticamente a motivação necessária para a realização de atividades básicas, incluindo higiene pessoal, alimentação adequada e organização do ambiente doméstico. Associam-se a esse quadro a fadiga intensa e os prejuízos cognitivos, que transformam tarefas simples em desafios aparentemente intransponíveis. Além disso, sentimentos persistentes de desesperança, baixa autoestima e autodepreciação contribuem para a construção de uma narrativa interna de “não merecimento”, na qual o indivíduo passa a acreditar que não é digno de cuidado ou atenção. Esse conjunto de fatores desencadeia um ciclo vicioso caracterizado pelo abandono progressivo do autocuidado, agravamento do quadro clínico, baixa adesão aos tratamentos

farmacológicos e psicoterápicos e intensificação do isolamento social, o que, por sua vez, retroalimenta e aprofunda o estado depressivo (POWELL, 2008).

Nesse cenário de acentuada vulnerabilidade psicossocial, a enfermagem em saúde mental emerge como um elemento central no cuidado e na reabilitação do indivíduo com TDM. A atuação do enfermeiro vai muito além da supervisão ou administração de medicamentos, assumindo um papel ativo como agente de reabilitação psicossocial. Sua prática é sustentada pela construção do vínculo terapêutico, entendido como uma relação baseada na confiança, empatia e escuta qualificada, que se configura como alicerce para o processo de recuperação. Por meio de uma avaliação contínua, sistemática e individualizada, o enfermeiro é capaz de identificar as barreiras específicas que cada paciente enfrenta em relação ao autocuidado, considerando fatores emocionais, cognitivos, sociais e contextuais. (OREM, 2001; SILVA JÚNIOR et al., 2024; RIEGEL et al., 2024).

Na prática assistencial, o enfermeiro frequentemente se depara com pacientes que, devido ao sofrimento psíquico intenso, deixam de realizar atividades básicas do cotidiano, como alimentar-se adequadamente, manter a higiene pessoal ou comparecer às consultas e terapias propostas. Muitas vezes, esses indivíduos não conseguem verbalizar suas necessidades emocionais, expressando seu sofrimento por meio do isolamento, da apatia e da negligência consigo mesmos. Nesse contexto, o cuidado de enfermagem ultrapassa procedimentos técnicos e passa a envolver acolhimento, escuta sensível e construção de vínculo terapêutico. (SILVA JÚNIOR et al., 2024; RIEGEL et al., 2024).

Ao reconhecer as limitações impostas pelo Transtorno Depressivo Maior, a enfermagem contribui para que o paciente seja compreendido em sua singularidade, respeitando seu tempo, suas fragilidades e suas potencialidades. Pequenas intervenções cotidianas, como incentivar a retomada gradual da rotina, estimular hábitos simples de autocuidado e fortalecer a rede de apoio familiar, podem representar avanços significativos no processo de reabilitação psicossocial. (OREM, 2001; SILVA JÚNIOR et al., 2024).

As intervenções de enfermagem nesse contexto são multifacetadas e integradas, incluindo ações de educação em saúde voltadas ao esclarecimento da natureza do transtorno, à desmistificação de sentimento de culpa e à compreensão de que os sintomas são manifestações da doença, e não falhas de caráter. Ademais, o planejamento de metas realistas e progressivas permite fragmentar rotinas de

autocuidado em etapas pequenas, concretas e alcançáveis, como estabelecer objetivos simples e imediatos, a exemplo de levantar da cama ou trocar de roupa. Somam-se a essas estratégias as técnicas de ativação comportamental, que incentivam gradualmente o retorno a atividades prazerosas ou significativas, combatendo padrões de evitação, bem como o fortalecimento da rede de apoio, por meio do envolvimento da família no processo terapêutico, orientando-a a oferecer suporte adequado sem infantilizar o paciente. (POWELL et al., 2008; SILVA JÚNIOR et al., 2024; RIEGEL et al., 2024).

Dessa forma, investigar de maneira aprofundada os obstáculos ao autocuidado enfrentados por indivíduos com Transtorno Depressivo Maior e capacitar a enfermagem para intervir de forma proativa, qualificada e especializada não representa apenas uma estratégia complementar ao tratamento. Trata-se de um eixo estruturante para a efetividade do cuidado em saúde mental, capaz de promover maior autonomia, favorecer a adesão terapêutica, prevenir recaídas e, sobretudo, reafirmar o valor do indivíduo e sua capacidade de reinserção na vida social e comunitária.

1.1 Problemática

O TDM compromete não apenas o estado emocional do indivíduo, mas sua funcionalidade global, especialmente no que diz respeito ao autocuidado. A negligência de atividades básicas, como alimentação adequada, higiene, repouso e organização pessoal, intensifica os sintomas depressivos e aumenta o risco de complicações clínicas, como doenças cardiovasculares e metabólicas (Katon, 2010).

Além disso, o isolamento social, frequentemente presente no TDM, limita o acesso às redes de apoio, dificultando ainda mais a reabilitação. Apesar da relevância do tema, muitos profissionais de enfermagem ainda enfrentam desafios como falta de capacitação específica em saúde mental e sobrecarga dos serviços públicos.

Diante disso, surge a seguinte questão norteadora:

Como o Transtorno Depressivo Maior interfere no autocuidado e de que forma a enfermagem pode atuar de maneira eficaz no processo de reabilitação psicossocial desses indivíduos?

1.2 Justificativa

O Transtorno Depressivo Maior (TDM) representa um desafio significativo para a saúde pública, afetando milhões de pessoas e comprometendo diretamente o autocuidado, que engloba ações essenciais como higiene pessoal, alimentação adequada, adesão a tratamentos e manutenção de hábitos saudáveis. Estudos epidemiológicos, como os da Organização Mundial da Saúde (OMS), indicam que a prevalência de depressão aumentou substancialmente no período pós-pandemia de COVID-19, com taxas superiores a 10% em populações adultas, exacerbadas por fatores como isolamento social, perda de emprego e estresse crônico.

A justificativa para este estudo reside na necessidade de aprofundar o entendimento sobre como o TDM afeta o autocuidado, uma vez que essa compreensão pode informar práticas de enfermagem mais efetivas. Este trabalho contribui para a literatura em enfermagem ao destacar o papel proativo da profissão na reabilitação, contribuindo para a melhoria da assistência aos pacientes.

1.3 Objetivo Geral

Analisar a influência do Transtorno Depressivo Maior no autocuidado e o papel da enfermagem na reabilitação psicossocial.

1.4 Objetivos Específicos

- Descrever os conceitos teóricos relacionados ao TDM e ao autocuidado.
- Identificar os impactos do TDM no autocuidado físico, emocional e social.
- Analisar as intervenções de enfermagem voltadas à reabilitação psicossocial em pacientes com TDM.
- Discutir evidências científicas que sustentam práticas de enfermagem eficazes no cuidado ao paciente com TDM.

2. MÉTODO

Trata-se de uma revisão integrativa da literatura, de abordagem qualitativa e caráter descritivo-exploratório, desenvolvida com o objetivo de analisar a influência do Transtorno Depressivo Maior no autocuidado e o papel da enfermagem na reabilitação psicossocial.

A revisão integrativa permitiu reunir, analisar e sintetizar resultados de pesquisas sobre a temática de forma sistemática e organizada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento científico e para a prática baseada em evidências. Esse método possibilitou a incorporação das melhores evidências científicas à prática clínica e assistencial em saúde.

A busca dos estudos foi realizada nas bases de dados Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), Scientific Electronic Library Online (SciELO) e PubMed, utilizando os descritores em Ciências da Saúde (DeCS) "depressão", "autocuidado", "enfermagem", "reabilitação psicossocial" e "saúde mental", combinados entre si por meio dos operadores booleanos AND e OR.

Foram incluídos artigos científicos disponíveis na íntegra, publicados nos idiomas português e inglês, entre os anos de 2014 e 2026, que abordassem o Transtorno Depressivo Maior, o autocuidado e a atuação da enfermagem em saúde mental. Foram excluídos estudos duplicados, artigos incompletos, resumos, teses, dissertações e publicações que não apresentavam relação direta com o objetivo da pesquisa.

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 28 artigos científicos, os quais compuseram a amostra final desta revisão integrativa. Os estudos selecionados foram submetidos à leitura na íntegra e analisados quanto aos objetivos, delineamento metodológico, principais resultados e contribuições para a temática investigada.

Para facilitar a análise e a síntese das evidências, os resultados dos estudos foram organizados em um quadro sinóptico contendo informações como autor, ano de publicação, objetivo, metodologia, principais achados e contribuições para a enfermagem. Posteriormente, os artigos foram agrupados em categorias temáticas construídas de acordo com a convergência dos resultados encontrados, contemplando: (1) bases clínicas e impactos do Transtorno Depressivo Maior; (2) estigma e barreiras emocionais e sociais relacionadas ao autocuidado; (3)

comprometimentos do autocuidado em indivíduos com TDM; (4) atuação da enfermagem na promoção do autocuidado e na reabilitação psicossocial; e (5) políticas públicas e estratégias de suporte à saúde mental.

A análise dos dados ocorreu de forma qualitativa e interpretativa, permitindo identificar as principais evidências científicas acerca das estratégias de cuidado desenvolvidas pela enfermagem em saúde mental e sua contribuição para a promoção do autocuidado, melhora da qualidade de vida, adesão ao tratamento e reinserção social dos pacientes com Transtorno Depressivo Maior. Os resultados foram apresentados de forma descritiva, buscando estabelecer relações entre os estudos incluídos e responder ao objetivo proposto pela pesquisa.

3. DESENVOLVIMENTO

3.1 Transtorno Depressivo Maior: bases clínicas, etiologia e impacto na vida cotidiana

A depressão é tradicionalmente descrita como um transtorno de origem multifatorial, resultante da interação entre predisposições biológicas e eventos ambientais. Embora essa premissa seja válida, uma análise mais aprofundada revela suas limitações explicativas. Considerando que o transtorno pode se apresentar de maneiras bastante variadas, o modelo clássico de diátese-estresse, ao pressupor uma vulnerabilidade relativamente estática ativada por estressores externos, falha em capturar um aspecto central da depressão: seu poder transformativo. Nesse sentido, a depressão pode ser compreendida como um processo dinâmico, no qual os próprios episódios influenciam a evolução do quadro, aumentando a vulnerabilidade do indivíduo ao longo do tempo.

Esse caráter transformativo torna-se evidente ao observar o curso vital do transtorno. Evidências epidemiológicas consolidadas indicam que o início da depressão ocorre frequentemente na adolescência ou no início da vida adulta (Kessler et al., 2005), mas esse início raramente representa um evento isolado. Episódios precoces e graves parecem deixar “cicatrizes” duradouras no organismo. A hipótese da sensibilização, sustentada por estudos longitudinais, demonstra que cada novo episódio reduz o limiar para recaídas futuras. Dessa forma, a depressão não apenas evidencia uma vulnerabilidade pré-existente, mas também contribui para o agravamento dessa condição ao longo do tempo. No aspecto biológico, a depressão está associada a alterações em mecanismos neuroquímicos e hormonais que influenciam o funcionamento do organismo.

Paralelamente, os fatores psicossociais operam nesse mesmo ciclo de auto reforço. Padrões cognitivos como a ruminação inicialmente ativados durante episódios depressivos, podem cristalizar-se como traços estáveis, tornando-se filtros permanentes para experiências futuras. As adversidades ambientais, como o estresse crônico, deixam de ser apenas gatilhos externos e passam a ser exacerbadas pelas próprias consequências sociais da depressão, como prejuízos nos relacionamentos e no funcionamento ocupacional, criando um ambiente progressivamente mais hostil. A depressão pós-parto ilustra de forma contundente

essa convergência dinâmica, na qual alterações hormonais abruptas interagem com vulnerabilidades prévias e estressores psicossociais agudos, desencadeando um quadro capaz de reconfigurar toda a dinâmica familiar.

Nesse contexto de sistema desregulado, a alta comorbidade com outros transtornos, como os de ansiedade, não é mera coincidência. A depressão fragiliza os mecanismos de coping, aumentando a probabilidade de comorbidades que, por sua vez, agravam seu curso clínico, alimentando uma espiral progressiva de comprometimento funcional.

É dentro dessa lógica dinâmica que emerge um problema central da prática clínica contemporânea: o tratamento do Transtorno Depressivo Maior (TDM) como uma entidade homogênea, guiado por listas sintomatológicas do DSM-5. Evidências recentes sugerem que essa abordagem é insuficiente. A anedonia, a incapacidade central de sentir prazer ou interesse, não é apenas mais um sintoma, mas o marcador clínico de um subtipo distinto e biologicamente fundamentado do TDM. Trata-se de um subtipo caracterizado por maior gravidade, maior resistência aos tratamentos convencionais e um perfil fisiopatológico que exige uma reclassificação diagnóstica e uma mudança de paradigma terapêutico.

A elevada prevalência da anedonia, atingindo aproximadamente 75% dos pacientes (Kale et al., 2025), e sua forte associação com desfechos negativos (Cao et al., 2019) apontam para uma desconexão central nos circuitos cerebrais de motivação e recompensa, mediados predominantemente pela dopamina, e não apenas para um desequilíbrio do humor mediado pela serotonina (Gabbay et al., 2015; Serretti, 2023). Enquanto pacientes com um TDM “clássico”, marcado por humor deprimido e culpa predominantes, podem responder adequadamente a inibidores seletivos da recaptação de serotonina, o paciente com TDM anedótico permanece em um estado profundo de apatia e desengajamento, pois a intervenção farmacológica não alcança o núcleo de sua disfunção.

Os dados clínicos reforçam essa distinção qualitativa. Pacientes com anedonia proeminente apresentam menores taxas de remissão (28,7% versus 32,5%) e maiores taxas de depressão persistente (44,6% versus 35,1%) após um ano de acompanhamento (Kale et al., 2025). Esses números não refletem apenas maior gravidade, mas um quadro estruturalmente diferente. O comprometimento funcional maciço, o risco aumentado de suicídio (Ducasse et al., 2018) e a pior

qualidade de vida (Wong et al., 2024) decorrem diretamente desse núcleo anedótico, que corrói a capacidade de antecipar recompensas e de se engajar no mundo.

Ao tratar todos os casos de TDM de forma indistinta, a prática clínica falha especificamente com esse subtipo. A necessidade recorrente de múltiplas trocas medicamentosas e do uso de adjuvantes como antipsicóticos atípicos, observada por Kale et al., representa uma tentativa tardia de compensar uma falha inicial de reconhecimento. Em essência, tenta-se tratar uma disfunção predominantemente dopaminérgica e inflamatória com um arsenal terapêutico desenvolvido a partir de um modelo majoritariamente serotoninérgico.

Diante desse panorama, encarar a depressão como um sistema dinâmico e auto reforçador tem implicações profundas. Essa perspectiva desloca o foco da busca por causas lineares para a compreensão dos ciclos de manutenção do transtorno e evidencia a necessidade absoluta de intervenções precoces e eficazes. O objetivo deixa de ser apenas a remissão sintomática e passa a incluir a interrupção desses ciclos patológicos e a promoção ativa da resiliência. A prevenção de um primeiro episódio, ou de uma recorrência, torna-se um investimento crítico para evitar uma reconfiguração duradoura da trajetória de vida do indivíduo. A verdadeira compreensão da etiologia da depressão reside, assim, no reconhecimento de seu poder transformativo e na busca por estratégias capazes de reverter ou prevenir essas transformações patológicas.

3.2 Estigma e barreiras sociais no manejo do TDM.

O estigma relacionado às doenças constitui um fenômeno sociocultural complexo que impacta diretamente o manejo clínico e psicossocial do transtorno depressivo maior (TDM). De acordo com Akbari et al. (2023), o estigma pode ser compreendido como um processo de rotulação e desvalorização social, no qual indivíduos acometidos por determinadas condições de saúde passam a ser vistos como desviantes ou indesejáveis. No contexto da depressão, esse processo é intensificado por estereótipos associados à fragilidade, incapacidade e imprevisibilidade, contribuindo para a marginalização do indivíduo. As causas do estigma são multifatoriais, envolvendo principalmente a falta de conhecimento sobre a doença, crenças culturais, medo e preconceitos socialmente construídos. No caso do TDM, a invisibilidade dos sintomas e a subjetividade do sofrimento psíquico

favorecem interpretações equivocadas, como a ideia de que a depressão é sinal de fraqueza ou falta de vontade. Esses fatores reforçam atitudes discriminatórias tanto no âmbito familiar quanto social e institucional, dificultando o reconhecimento da doença como um problema de saúde legítimo.

As barreiras sociais decorrentes do estigma interferem significativamente no manejo do transtorno depressivo maior. Entre essas barreiras, destaca-se a redução da procura por serviços de saúde, uma vez que muitos indivíduos evitam buscar ajuda profissional por medo de serem julgados ou rotulados. Além disso, o estigma compromete a adesão ao tratamento, pois a baixa confiança nos profissionais de saúde e o receio da exposição social podem levar ao abandono terapêutico ou à busca por alternativas não especializadas. Segundo os autores, esse fenômeno pode afetar diretamente a continuidade do cuidado e agravar o quadro clínico. (AKBARI et al., 2023; ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM, 2020).

Outro aspecto relevante diz respeito ao impacto psicossocial do estigma. Indivíduos com depressão frequentemente enfrentam isolamento social, perda de vínculos e diminuição do suporte social, fatores que são essenciais para a recuperação. O estigma também contribui para o desenvolvimento de sentimentos de vergonha, culpa e baixa autoestima, agravando os sintomas depressivos e dificultando o autocuidado, elemento central no processo de reabilitação psicossocial. Além disso, observa-se que o estigma pode levar à ocultação da doença como estratégia de enfrentamento. Embora essa prática possa ser utilizada para evitar discriminação, ela representa um risco adicional, pois impede o acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, comprometendo não apenas a saúde do indivíduo, mas também a saúde pública de forma mais ampla (ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM, 2020).

Nesse contexto, torna-se necessário desenvolver estratégias voltadas à redução do estigma associado ao transtorno depressivo maior. A educação em saúde, a sensibilização da sociedade e a qualificação dos profissionais são medidas fundamentais para desconstruir preconceitos e promover uma abordagem mais humanizada e inclusiva. Nesse contexto, a atuação da enfermagem destaca-se como essencial, tanto na promoção do acolhimento quanto no fortalecimento do vínculo terapêutico, contribuindo para a superação das barreiras sociais e para a efetividade do cuidado. Assim, compreender o estigma e suas implicações no manejo do TDM é fundamental para a construção de práticas assistenciais mais

equitativas, que considerem não apenas os aspectos clínicos da doença, mas também os determinantes sociais que influenciam o processo saúde-doença. Além das barreiras sociais, é importante considerar também os aspectos emocionais que interferem diretamente na capacidade de autocuidado.

3.3 Barreiras emocionais ao autocuidado: apatia, anedonia e baixa motivação.

A prática de autocuidado está intrinsecamente relacionada à capacidade do indivíduo de reconhecer necessidades próprias, planejar ações e manter a motivação para realizá-las. No entanto, em contextos de sofrimento emocional ou fragilização psíquica, fatores como apatia, anedonia e baixa motivação podem emergir como barreiras significativas, prejudicando a adoção de comportamentos de autocuidado. Tais barreiras têm sido discutidas na literatura brasileira, evidenciando tanto aspectos subjetivos quanto sociais que impactam a saúde individual e coletiva.

A saúde mental no Brasil enfrenta desafios que afetam diretamente a capacidade das pessoas em engajar-se em práticas de autocuidado. Araújo et al. (2023) destacam que, apesar dos avanços no sistema público de saúde, persistem dificuldades de acesso, estigma e fragilidades nas estratégias de promoção de bem-estar, o que acarreta em baixa adesão a práticas de cuidado pessoal e à busca por ajuda profissional. Essa realidade contextualiza a presença de barreiras emocionais, uma vez que transtornos psicológicos, sofrimento subjetivo e falta de incentivos sociais podem intensificar sentimentos de desmotivação e apatia nos indivíduos (ARAÚJO et al., 2023).

A apatia, entendida como diminuição de iniciativa, interesse ou resposta emocional, é uma condição frequentemente observada em situações de sofrimento psíquico prolongado. Em estudos qualitativos realizados com universitários, observou-se que representações sociais negativas acerca da saúde mental podem contribuir para o desengajamento em práticas de cuidado, pois os sujeitos muitas vezes não reconhecem ou não priorizam suas necessidades emocionais. Segundo Sousa et al. (2016), a maneira como os indivíduos percebem a própria saúde mental pode influenciar diretamente sua motivação para adotar comportamentos preventivos ou terapêuticos, reforçando a ideia de que a apatia e a baixa motivação não são apenas fenômenos individuais, mas também construções sociais moldadas por valores culturais e contextuais. Essa compreensão amplia o campo de análise

para além de aspectos biológicos, enfatizando a necessidade de intervenção em níveis psicossocial e comunitário (SOUSA et al., 2016).

Além disso, a anedonia, definida como a incapacidade de experimentar prazer em atividades previamente consideradas gratificantes, representa outro obstáculo emocional significativo ao autocuidado. A validação de instrumentos como a Escala Temporal de Experiência de Prazer, adaptada e avaliada psicometricamente no Brasil, é um avanço importante para identificar e medir a anedonia em contextos clínicos e de pesquisa. A capacidade de quantificar esse sintoma possibilita não apenas o reconhecimento de dificuldades motivacionais em populações diversas, mas também a implementação de intervenções específicas que visem restaurar o interesse e a participação ativa dos indivíduos em atividades de autocuidado (TEPS-Br, 2023/2024). Ao comprometer a experiência de prazer, a anedonia interfere diretamente na disposição e no engajamento em hábitos saudáveis, tais como a prática de exercícios, alimentação equilibrada e até mesmo a adesão ao tratamento médico.

A apatia, a anedonia e a baixa motivação costumam ocorrer de forma conjunta, dificultando ainda mais a realização de práticas de autocuidado. Assim, ao abordar o autocuidado na prática de enfermagem, torna-se imprescindível que os profissionais de saúde mental considerem essas barreiras emocionais em suas intervenções, promovendo estratégias que façam frente aos aspectos subjetivos do sofrimento e incentivem a reconstrução de motivação e sentido para comportamentos de cuidado. (SERRETTI, 2023; KALE et al., 2025; SILVA JÚNIOR et al., 2024).

3.4 Autocuidado: Conceito, Importância e Comprometimentos no TDM.

O autocuidado é fundamental para a manutenção da saúde, especialmente no contexto da saúde mental, em que o indivíduo precisa lidar com demandas emocionais e sociais constantes. No entanto, essa capacidade pode ser profundamente comprometida em contextos de sofrimento psíquico, como no Transtorno Depressivo Maior (TDM).

No cenário brasileiro, o autocuidado tem sido compreendido como um comportamento construído socialmente e influenciado por fatores emocionais, culturais e contextuais. Almeida (2019) destaca que o autocuidado em saúde mental

ultrapassa ações básicas de manutenção da saúde, envolvendo também estratégias de autorregulação emocional, percepção de limites e busca ativa por suporte quando necessário. Essa concepção amplia o entendimento de que cuidar de si não é apenas uma responsabilidade individual, mas um processo que se desenvolve em interação com o meio social e com os serviços de saúde.

Entretanto, no TDM, esse processo sofre importantes comprometimentos. A presença de sintomas como desânimo persistente, fadiga, desesperança, baixa autoestima e dificuldade de concentração impacta diretamente a capacidade do indivíduo de manter práticas regulares de autocuidado. Tibúrcio (2023) evidencia que pessoas com Transtorno Depressivo Maior apresentam prejuízos significativos na autogestão dos sintomas, o que inclui dificuldades em monitorar o próprio estado emocional, aderir ao tratamento e manter hábitos saudáveis no cotidiano. Assim, o autocuidado deixa de ser uma prática espontânea e passa a exigir apoio profissional estruturado. (TIBÚRCIO, 2023; BETTONI; OTTAVIANI; ORLANDI, 2017; RIEGEL et al., 2024).

Esses comprometimentos tornam-se ainda mais evidentes quando se analisam os efeitos da sintomatologia depressiva sobre o funcionamento diário. Bettoni, Ottaviani e Orlandi (2017) demonstraram que níveis elevados de sintomas depressivos estão associados a menor capacidade de autocuidado, evidenciando uma relação inversa entre sofrimento emocional e comportamentos de cuidado consigo mesmo. Embora o estudo tenha sido realizado com indivíduos em tratamento clínico, seus achados são altamente aplicáveis ao contexto do TDM, uma vez que os sintomas avaliados como apatia, desmotivação e tristeza persistente são característicos desse transtorno.

Assim, o Transtorno Depressivo Maior não afeta apenas o humor, mas também compromete a autonomia e a capacidade do indivíduo de cuidar de si. A dificuldade em realizar ações simples, como manter uma rotina de sono adequada, alimentar-se de forma equilibrada ou buscar apoio social, revela como o autocuidado é impactado de maneira profunda e silenciosa pelo adoecimento psíquico. Esse cenário reforça a importância de se compreender o autocuidado não como uma exigência moral ao indivíduo deprimido, mas como uma capacidade fragilizada que necessita ser reconstruída gradualmente. (OREM, 2001; TIBÚRCIO, 2023; BETTONI; OTTAVIANI; ORLANDI, 2017).

Ao entrelaçar os conceitos de autocuidado, barreiras emocionais e Transtorno Depressivo Maior, observa-se que a apatia, a baixa motivação e o desinteresse característicos da depressão não apenas dificultam o cuidado de si, mas também podem perpetuar o ciclo do adoecimento. A ausência de práticas de autocuidado contribui para a manutenção dos sintomas depressivos, ao passo que a intensificação desses sintomas reduz ainda mais a capacidade de engajamento do indivíduo em comportamentos saudáveis. Dessa forma, estabelece-se um círculo vicioso que desafia tanto o sujeito quanto os profissionais de saúde.

Diante desse contexto, torna-se fundamental que as práticas em saúde mental, especialmente no âmbito da enfermagem, reconheçam os limites impostos pelo TDM ao autocuidado e desenvolvam intervenções que promovam a retomada gradual da autonomia. Conforme apontado por Almeida (2019) e Tibúrcio (2023), estratégias de apoio, educação em saúde e acompanhamento contínuo são essenciais para auxiliar o indivíduo a ressignificar o cuidado consigo mesmo, transformando-o novamente em uma ferramenta de fortalecimento e recuperação psicossocial.

Assim, compreender o autocuidado no Transtorno Depressivo Maior não apenas como uma prática desejável, mas como um processo fragilizado que requer suporte profissional, amplia a compreensão do cuidado em saúde mental e convida o leitor a refletir sobre o papel das intervenções terapêuticas na reconstrução do protagonismo do sujeito em sofrimento psíquico.

3.5 A atuação da enfermagem na promoção do autocuidado e na reabilitação psicossocial.

A enfermagem tem papel essencial na promoção do autocuidado e na reabilitação psicossocial, especialmente no acompanhamento contínuo de pacientes com transtornos mentais. O autocuidado, conforme abordado por Silva Junior et al. (2024), constitui um conjunto de práticas intencionais voltadas à manutenção do bem-estar físico, psicológico e social, permitindo ao indivíduo assumir responsabilidade ativa sobre sua própria saúde.

No cotidiano dos serviços de saúde mental, a atuação da enfermagem ocorre de maneira próxima e contínua junto ao paciente, permitindo identificar alterações comportamentais, sofrimento emocional e dificuldades relacionadas ao autocuidado

ainda em fases iniciais. Durante a consulta de enfermagem, o profissional pode observar sinais como desmotivação intensa, abandono da higiene pessoal, alterações alimentares, isolamento social e baixa adesão ao tratamento medicamentoso, aspectos frequentemente presentes em indivíduos com Transtorno Depressivo Maior.

Diante dessas situações, o enfermeiro desenvolve intervenções práticas e individualizadas, buscando estimular pequenas conquistas diárias que favoreçam a retomada gradual da autonomia. Entre as estratégias assistenciais utilizadas destacam-se o incentivo à organização da rotina, o estímulo à realização de atividades simples e prazerosas, a orientação sobre uso correto das medicações antidepressivas e o fortalecimento da participação familiar no cuidado. (SILVA JÚNIOR et al., 2024; OREM, 2001).

Nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a enfermagem também participa ativamente de grupos terapêuticos, oficinas de convivência, ações educativas e visitas domiciliares, promovendo cuidado integral e humanizado. Essas intervenções contribuem para redução do isolamento social, fortalecimento da autoestima e reconstrução progressiva dos vínculos sociais e familiares. (ALBUQUERQUE, 2022; SILVA JÚNIOR et al., 2024).

Essa concepção dialoga diretamente com a prática da enfermagem em saúde mental, na medida em que o enfermeiro atua como educador, facilitador e apoiador do desenvolvimento dessas práticas no cotidiano dos usuários.

Sobre a perspectiva teórica da enfermagem, a promoção do autocuidado encontra respaldo na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, que compreende o cuidado de si como uma prática aprendida e passível de ser estimulada por meio de intervenções profissionais. No contexto da saúde mental, essa abordagem é ampliada para contemplar dimensões emocionais, relacionais e sociais, reconhecendo que o sofrimento psíquico pode comprometer a capacidade do indivíduo de cuidar de si, exigindo intervenções sistematizadas da equipe de enfermagem (SILVA JÚNIOR et al., 2024).

Nesse sentido, a enfermagem desempenha papel fundamental na reabilitação psicossocial ao incentivar práticas de autocuidado que favoreçam a autonomia e a reinserção social. A reabilitação psicossocial não se limita à remissão de sintomas, mas envolve a reconstrução de vínculos sociais, o fortalecimento da autoestima e o desenvolvimento de habilidades para a vida diária. Práticas como incentivo à

higiene, ao descanso, organização da rotina, adesão ao tratamento, atividades físicas e fortalecimento das redes de apoio são estratégias frequentemente mediadas pelo enfermeiro nos serviços de saúde mental.

Corroborando essa abordagem, Riegel et al. (2021) destacam que o autocuidado é responsável por grande parte da manutenção da saúde, uma vez que os indivíduos passam a maior parte do tempo fora do contato direto com os serviços de saúde, sendo responsáveis por decisões cotidianas que impactam diretamente seu bem-estar físico e mental.

Dessa forma, o enfermeiro torna-se um importante mediador do processo de recuperação, auxiliando o paciente a reconhecer suas limitações sem reduzir sua capacidade de reconstruir hábitos, vínculos e perspectivas de vida. O suporte oferecido pela enfermagem possibilita que o indivíduo se sinta acolhido, compreendido e encorajado a participar ativamente do próprio tratamento.

Os desafios para a promoção do autocuidado também são amplamente discutidos na literatura. Silva Júnior et al. (2024) apontam que fatores como sobrecarga emocional, falta de tempo, baixa consciência sobre a importância do autocuidado e ausência de apoio institucional dificultam a adoção contínua dessas práticas.

Em usuários com transtornos mentais, essas barreiras tornam-se ainda mais complexas, exigindo intervenções individualizadas e contínuas por parte da enfermagem.

Riegel et al. (2021) reforçam que pessoas com transtornos mentais graves apresentam maior dificuldade na execução do autocuidado, o que torna imprescindível o apoio de profissionais de saúde, familiares e redes de suporte comunitário

Nesse cenário, a enfermagem contribui de forma decisiva ao articular o cuidado clínico com estratégias psicossociais, promovendo o empoderamento do usuário e favorecendo sua participação ativa no processo terapêutico.

Além disso, o enfermeiro atua na reabilitação psicossocial ao estimular a participação do usuário em atividades coletivas, grupos terapêuticos e ações comunitárias, reconhecendo o autocuidado como uma prática não apenas individual, mas também relacional e social. Conforme evidenciado nos estudos analisados, o fortalecimento das redes de apoio e a construção de vínculos positivos aumentam a adesão às práticas de autocuidado e reduzem o sofrimento psíquico (SILVA JUNIOR

et al., 2024; RIEGEL et al., 2021). Com isso, a atuação da enfermagem contribui diretamente para a melhora da qualidade de vida e para a recuperação do paciente.

3.5.1 Sistematização da Assistência de Enfermagem no cuidado ao paciente com Transtorno Depressivo Maior

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) representa um instrumento fundamental para organização e qualificação do cuidado prestado ao paciente com Transtorno Depressivo Maior (TDM). Por meio dela, o enfermeiro consegue identificar necessidades humanas afetadas, elaborar diagnósticos de enfermagem, planejar intervenções individualizadas e avaliar continuamente a evolução clínica e psicossocial do indivíduo.

No contexto da saúde mental, a SAE possibilita uma assistência mais humanizada, integral e centrada na singularidade do paciente, considerando não apenas os sintomas clínicos da depressão, mas também os impactos emocionais, sociais e funcionais provocados pelo transtorno. A aplicação do Processo de Enfermagem permite compreender como o sofrimento psíquico interfere diretamente na autonomia, no autocuidado e na qualidade de vida do indivíduo.

A primeira etapa desse processo corresponde à coleta de dados e à avaliação de enfermagem, momento em que o profissional realiza escuta qualificada, acolhimento e observação clínica. Durante essa avaliação, podem ser identificados sinais importantes, como isolamento social, tristeza persistente, alterações do sono, redução do apetite, baixa autoestima, negligência com higiene pessoal, desesperança, dificuldade de adesão ao tratamento e verbalizações relacionadas à inutilidade ou desejo de morte.

Com base nessas informações, o enfermeiro pode estabelecer diagnósticos de enfermagem segundo a taxonomia NANDA-I. Entre os diagnósticos mais frequentes em pacientes com TDM destacam-se:

- Déficit no autocuidado relacionado à falta de motivação e fadiga emocional;
- Isolamento social relacionado ao sofrimento psíquico e à dificuldade de interação;
- Baixa autoestima situacional relacionada à autodepreciação e sentimentos de incapacidade;
- Padrão de sono prejudicado relacionado à ansiedade e alterações emocionais;
- Nutrição desequilibrada: menor que as necessidades corporais, relacionada à perda de apetite;

- Risco de suicídio relacionado à desesperança e sofrimento emocional intenso.

A partir dos diagnósticos identificados, são planejadas intervenções de enfermagem voltadas às necessidades específicas de cada indivíduo. Entre as principais intervenções destacam-se o incentivo gradual ao autocuidado, orientação quanto ao uso correto das medicações antidepressivas, escuta terapêutica, fortalecimento da rede de apoio familiar, estímulo à socialização e acompanhamento contínuo da evolução emocional do paciente. (OREM, 2001; SILVA JÚNIOR et al., 2024).

Na prática assistencial, o enfermeiro pode estabelecer metas simples e progressivas, respeitando os limites emocionais do indivíduo. Em pacientes com importante apatia e baixa motivação, por exemplo, pequenas ações como levantar-se da cama, realizar higiene pessoal ou participar de uma atividade em grupo podem representar avanços significativos no processo terapêutico. Essas estratégias auxiliam na reconstrução gradual da autonomia e fortalecem o vínculo do paciente com o cuidado. (POWELL et al., 2008; SILVA JÚNIOR et al., 2024).

Nos serviços especializados, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), a SAE também orienta ações coletivas e comunitárias desenvolvidas pela enfermagem, incluindo grupos terapêuticos, oficinas de convivência, educação em saúde e visitas domiciliares. Durante as visitas, o enfermeiro consegue avaliar fatores familiares, sociais e ambientais que interferem diretamente no tratamento, permitindo intervenções mais próximas da realidade vivenciada pelo paciente. (ALBUQUERQUE, 2022; SILVA JÚNIOR et al., 2024).

Além disso, a assistência de enfermagem no TDM envolve atenção constante ao risco de agravamento do quadro clínico e ao comportamento suicida. A identificação precoce de sinais de alerta, como falas de desesperança, isolamento intenso ou abandono completo do autocuidado, possibilita intervenções rápidas e encaminhamento adequado junto à equipe multiprofissional. (DUCASSE et al., 2018; SILVA JÚNIOR et al., 2024).

Dessa forma, a Sistematização da Assistência de Enfermagem fortalece a prática clínica em saúde mental ao proporcionar cuidado organizado, contínuo e humanizado. Mais do que executar procedimentos, o enfermeiro atua como profissional capaz de acolher o sofrimento psíquico, promover autonomia e contribuir diretamente para a reabilitação psicossocial e melhoria da qualidade de vida do

paciente com Transtorno Depressivo Maior. (OREM, 2001; SILVA JÚNIOR et al., 2024; RIEGEL et al., 2024).

3.6 Políticas públicas e estratégias de suporte à saúde mental no contexto do TDM

As políticas públicas de saúde mental no Brasil foram sendo construídas ao longo do tempo, acompanhando mudanças sociais e na forma de compreender o sofrimento psíquico. Até o início do século XX, predominava um modelo centrado na institucionalização, marcado por internações prolongadas em hospitais psiquiátricos, isolamento dos indivíduos em sofrimento psíquico e práticas frequentemente associadas à violência e à exclusão social. Nesse contexto, a pessoa com transtorno mental era compreendida sob uma ótica de periculosidade básicas (ALBUQUERQUE, 2022).

A partir do período pós-Segunda Guerra Mundial, intensificam-se movimentos internacionais que questionam esse modelo, impulsionando mudanças significativas no campo da saúde mental. No Brasil, tais transformações ganham força, sobretudo a partir da década de 1970, com a Reforma Psiquiátrica, que propõe a superação do paradigma hospitalocêntrico e a construção de um modelo de atenção baseado na comunidade. Esse novo direcionamento prioriza o cuidado em liberdade, a valorização dos vínculos sociais e a inserção do indivíduo em seu contexto familiar e comunitário, promovendo uma abordagem mais humanizada e integral (ALBUQUERQUE, 2022).

No âmbito dessas políticas, destaca-se a organização da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), instituída pela Portaria n.º 3.088/2011, como principal estratégia de articulação dos serviços voltados ao cuidado em saúde mental. A RAPS é composta por diferentes pontos de atenção, incluindo a Atenção Primária à Saúde (APS), os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), serviços de urgência e emergência, atenção hospitalar e dispositivos de reabilitação psicossocial, formando uma rede de serviços que busca garantir atendimento contínuo e adequado às necessidades dos usuários. No contexto do TDM, essa estrutura permite o acompanhamento longitudinal do indivíduo, desde a identificação precoce dos sintomas na atenção básica até o manejo especializado em serviços como os CAPS.

A Atenção Primária à Saúde assume papel estratégico nesse processo, sendo a principal incapacidade, o que contribuiu para sua marginalização e negação de

direitos como porta de entrada do sistema e responsável pela coordenação do cuidado ao longo do tempo. Por meio da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), são desenvolvidas ações de promoção, prevenção e acompanhamento dos transtornos mentais, incluindo o TDM, com atuação interdisciplinar e foco no território e na realidade sociocultural dos usuários. Essa abordagem favorece a identificação de fatores de risco, o acompanhamento clínico e o encaminhamento adequado para níveis de maior complexidade quando necessário.

Os CAPS configuram-se como dispositivos centrais na atenção ao TDM em casos moderados e graves, oferecendo atendimento multiprofissional, oficinas terapêuticas, acompanhamento psicológico e psiquiátrico, além de ações voltadas à reinserção social. Esses serviços operam em regime aberto, substituindo a lógica da internação psiquiátrica e priorizando o cuidado em liberdade, com ênfase na autonomia e no protagonismo do sujeito.

Além disso, observa-se que, apesar dos avanços na estruturação das políticas públicas, ainda existem limitações importantes na oferta de serviços e estratégias de suporte. A insuficiência de programas voltados à inclusão social, lazer e convivência, bem como a centralização do cuidado na medicalização, são apontadas como fragilidades que dificultam a plena efetivação do modelo psicossocial. (ALBUQUERQUE, 2022).

Iniciativas voltadas à geração de trabalho e renda, participação em atividades comunitárias e fortalecimento de vínculos sociais contribuem para a melhora da qualidade de vida e para a redução dos impactos funcionais associados ao TDM. Tais estratégias são essenciais, considerando que o transtorno depressivo maior está frequentemente associado à perda de funcionalidade, isolamento social e prejuízos nas relações interpessoais.

Outro aspecto relevante diz respeito ao papel da família e da comunidade no suporte ao indivíduo com TDM. No modelo psicossocial, esses atores são compreendidos como fundamentais no processo terapêutico, uma vez que favorecem a construção de vínculos, o sentimento de pertencimento e o apoio emocional necessário para o enfrentamento do adoecimento. No entanto, ainda persistem desafios relacionados ao estigma, à sobrecarga familiar e à dificuldade de acesso a recursos de suporte, o que pode comprometer a efetividade das intervenções.

4 ORÇAMENTO

Identificação de Orçamento		Valor em Reais (R\$)
Material bibliográfico – Livros	Capital	R\$ 200,00
Notebook com processador, memória Ram de 8GB	Capital	R\$ 4.000,00
Cartucho para impressora	Custeio	R\$ 120,00
Pranchetas	Custeio	R\$ 10,00
Resma de papel A4	Custeio	R\$ 50,00
Serviço de tradução acadêmica	Custeio	R\$ 400,00
<hr/>		
Total em R\$		R\$ 4.780,00

*As despesas da pesquisa serão custeadas pelo autor

5 CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Mês /ano Atividades	2025					2026					
Revisão Bibliográfica											
Construção do Projeto de pesquisa											
Apresentação do Projeto											
Coleta de dados para TCC 2											
Tabulação dos dados											
Análise e interpretação dos dados											
Discussão e reformulação com orientador											
Defesa do TCC											

Legenda: J- julho; A- agosto; S- setembro; O- outubro; N- novembro; J- janeiro; F- fevereiro; M- março; A- abril; M- maio; J- junho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo possibilitou compreender, de forma aprofundada, a complexidade do Transtorno Depressivo Maior (TDM) e seus impactos diretos sobre a capacidade de autocuidado dos indivíduos, evidenciando que essa condição ultrapassa a dimensão emocional e compromete significativamente a funcionalidade, a autonomia e a qualidade de vida. Observou-se que sintomas como apatia, anedonia, fadiga e desesperança atuam de maneira interligada, dificultando a realização de atividades básicas do cotidiano e contribuindo para a manutenção de um ciclo de agravamento do quadro clínico.

A enfermagem, nesse cenário, assume papel fundamental, não apenas na assistência clínica, mas também como agente ativo no processo de reabilitação psicossocial. A atuação baseada na escuta qualificada, no vínculo terapêutico e na individualização do cuidado mostrou-se essencial para identificar as necessidades específicas de cada paciente e promover estratégias que favoreçam a retomada gradual da autonomia. Intervenções como educação em saúde, planejamento de metas acessíveis, incentivo à ativação comportamental e fortalecimento da rede de apoio demonstram potencial significativo na reconstrução das práticas de autocuidado.

Por fim, conclui-se que o enfrentamento do Transtorno Depressivo Maior exige uma abordagem integrada, humanizada e centrada no sujeito, na qual o cuidado em saúde mental seja orientado não apenas para o tratamento, mas para a promoção da autonomia, da dignidade e da reinserção social. Nesse contexto, a enfermagem destaca-se como peça-chave na construção de práticas que possibilitem ao indivíduo ressignificar o cuidado consigo mesmo e retomar, ainda que de forma gradual, o protagonismo sobre sua própria vida.

7 REFERÊNCIAS

ACTA PAULISTA DE ENFERMAGEM. Impacto de uma intervenção no estigma em saúde mental e ansiedade intergrupar. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v. 33, 2020. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0226>. Disponível em: <https://acta-ape.org/en/article/impact-of-an-intervention-on-stigma-in-mental-health-and-intergroup-anxiety/>. Acesso em: 12 nov. 2025.

AKBARI, Hossein; MOHAMMADI, Mahla; HOSSEINI, Abolfazl. Estigma relacionado à doença, estigmatizantes, causas e consequências: uma revisão sistemática. *Iranian Journal of Public Health*, v. 52, n. 10, p. 2042-2054, 2023. DOI: <https://doi.org/10.18502/ijph.v52i10.13842>. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10612557/>. Acesso em: 16 abr. 2026.

ALMEIDA, Mariana Bonomini Fogaça de. O comportamento de autocuidado e a prevenção em saúde mental. 2019. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Mental e Atenção Psicossocial) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2019. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/215603>. Acesso em: 8 dez. 2025.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014. Disponível em: <https://membros.analysispsicologia.com.br/wp-content/uploads/2024/06/DSM-V.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2026.

ANDRADE, Maria Margarida de. Introdução à metodologia do trabalho científico. 10. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

BETTONI, Fernanda; OTTAVIANI, Ana Cláudia; ORLANDI, Fabiana de Souza. Sintomas depressivos e capacidade de autocuidado em indivíduos em tratamento clínico. Universidade de São Paulo, 2017. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002726446>. Acesso em: 05 jun. 2026.

BLOCH, M. et al. Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *American Journal of Psychiatry*, v. 157, n. 6, p. 924-930, 2000. Disponível em: <https://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.157.6.924>. Acesso em: 05 jun. 2026.

CAO, Bin et al. Characterizing reward system dysfunction in major depressive disorder. *Translational Psychiatry*, v. 9, n. 1, 2019. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41398-019-0644-3>. Acesso em: 05 jun. 2026.

DUCASSE, D. et al. Anhedonia is associated with suicidal ideation independently of depression: a meta-analysis. *Depression and Anxiety*, v. 35, n. 5, p. 382-392, 2018.

GABBAY, Vilma et al. Anhedonia in adolescents with major depressive disorder: a longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, Washington, v. 54, n. 8, p. 642-650, 2015.

HAMMEN, Constance; BRENNAN, Patricia A.; KEENAN-MILLER, Danielle. Patterns of adolescent depression to age 20: the role of maternal depression and youth interpersonal dysfunction. *Journal of Abnormal Child Psychology*, v. 36, p. 1189-1198,

2008. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10802-008-9241-9>. Acesso em: 05 jun. 2026.

JUDD, Lewis L. The clinical course of unipolar major depressive disorders. *Archives of General Psychiatry*, v. 54, n. 11, p. 989-991, 1997. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/article-abstract/497976>. Acesso em: 05 jun. 2026.

KALE, Hrishikesh et al. Clinical burden of major depressive disorder with versus without prominent anhedonia using a real-world electronic health records and claims linked database. *BMC Psychiatry*, Londres, v. 25, n. 1, 2025. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1186/s12888-025-07139-x>. Acesso em: 8 nov. 2025.

KATON, Wayne. Epidemiology and treatment of depression in patients with chronic medical illness. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, v. 13, n. 1, p. 7-23, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3181964/>. Acesso em: 05 jun. 2026.

KESSLER, Ronald C. et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, v. 62, n. 6, p. 593-602, 2005. Disponível em: <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/208678>. Acesso em: 05 jun. 2026.

MENDES, Karina Dal Sasso; SILVEIRA, Renata Cristina de Campos Pereira; GALVÃO, Cristina Maria. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/XzFkq6tjWs4wHNqNjKJLkXQ/>. Acesso em: 05 jun. 2026.

NOLEN-HOEKSEMA, Susan. Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, v. 100, n. 4, p. 569-582, 1991. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1757671/>. Acesso em: 05 jun. 2026.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). *Depressão*. Genebra: OMS, 2023. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>. Acesso em: 05 jun. 2026.

OREM, Dorothea Elizabeth. *Nursing: concepts of practice*. 6. ed. St. Louis: Mosby, 2001. Disponível em: <https://books.google.com/books/about/Nursing.html?id=6G5tAAAAMAAJ>. Acesso em: 05 jun. 2026.

POWELL, Vania Bitencourt et al. Terapia cognitivo-comportamental da depressão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 30, supl. 2, p. s73-s80, out. 2008. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbp/a/XD3SXdNxQPMwj6gc4WRjqSB/?lang=pt>. Acesso em: 13 nov. 2025.

RIEGEL, Bárbara et al. Self-care and mental health: theoretical and clinical implications. *SAGE Open*, 2024. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/21582440241241882>. Acesso em: 05 jun. 2026.

SOUSA, et al. Representações sociais da saúde mental entre universitários. *Psicologia USP*, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psuf/a/9gbRXnQnYHt96vg97wCvKHz/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 05 jun. 2026.

SERRETTI, Alessandro. Anhedonia and depressive disorders. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, v. 21, n. 3, p. 401-409, 2023. Disponível em: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10335915/>. Acesso em: 13 nov. 2025.

WONG, Sabrina et al. Effects of anhedonia on health-related quality of life and functional outcomes in major depressive disorder: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, v. 356, p. 684-698, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.04.086>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38657767/>. Acesso em: 12 nov. 2025.