

Depressão: características clínicas e manejo para enfermeiros*Depression: clinical characteristics and management for nurses**Depresión: características clínicas y manejo para enfermeiras***João Márcio Andreu^{1*}**

ORCID: 0009-0006-8357-3972

Daniela de Stefani Marquez²

ORCID: 0000-0002-1463-2012

Wagner Rafael da Silva³

ORCID: 0000-0002-0952-4877

Camilla Estevão de França⁴

ORCID: 0000-0003-3226-8709

Izabel Cristina de Paula Gonçalves⁵

ORCID: 0009-0008-9325-5833

Genilson Geraldo dos Santos⁶

ORCID: 0009-0006-8990-6774

Jefferson Júnio Santos da Silva²

ORCID: 0009-0003-2649-3480

Alessandra Renata dos Santos⁵

ORCID: 0009-0000-0809-5989

Ben Hesed dos Santos⁷

ORCID: 0000-0002-3901-8297

Aline de Freitas Miranda Lima⁸

ORCID: 0009-0003-0251-3512

¹Núcleo de Especializações Ana Carolina Puga. São Paulo, Brasil.²Universidade de Rio Verde. Goiás, Brasil.³Universidade Brasil. São Paulo, Brasil.⁴Universidade Estácio de Sá. São Paulo, Brasil.⁵Anhanguera Educacional. São Paulo, Brasil.⁶Instituto de Educação em Saúde. São Paulo, Brasil.⁷Faculdade Embu das Artes. São Paulo, Brasil.⁸Centro Universitário União das Américas Descomplica. Paraná, Brasil.*Autor correspondente: E-mail: andreu-joao@ig.com.br**Resumo**

A depressão é um transtorno mental prevalente e heterogêneo, considerado uma das principais causas de incapacidade global, com impacto significativo no sofrimento individual, nas comorbidades clínicas e no risco de suicídio. Caracteriza-se por tristeza persistente, anedonia e sintomas cognitivos, comportamentais e somáticos que comprometem as atividades diárias, tendo origem multifatorial que envolve predisposição genética, alterações neuroquímicas e fatores psicossociais. Esta revisão bibliográfica, realizada em bases como PubMed, CINAHL e Google Scholar (2019-2024), identificou evidências que reforçam a necessidade de reconhecer subtipos específicos, como Transtorno Depressivo Maior, Distímia, Depressão Pós-Parto, Depressão Sazonal, Depressão com características psicóticas e Depressão Resistente ao Tratamento, cada um com particularidades clínicas e terapêuticas. O manejo efetivo exige abordagem multimodal e individualizada, incluindo farmacoterapia, psicoterapia, técnicas de neuromodulação e modificações no estilo de vida. Conclui-se que a prática de enfermagem deve ser sustentada por educação permanente e pelo desenvolvimento de protocolos específicos, a fim de consolidar uma assistência baseada em evidências e voltada à integralidade do cuidado.

Descritores: Depressão; Enfermagem; Saúde Mental; Terapêutica; Cuidados de Enfermagem.**Como citar este artigo:**Andreu JM, Marquez DS, Silva WR, França CE, Gonçalves ICP, Santos GG, Silva JJS, Santos AR, Santos BH, Lima AFM. Depressão: características clínicas e manejo para enfermeiros. Glob Clin Res. 2025;5(2):e84. <https://doi.org/10.5935/2763-8847.20210084>

Submissão: 12-09-2025

Aprovação: 18-10-2025



Abstract

Depression is a prevalent and heterogeneous mental disorder, considered a leading cause of global disability, with a significant impact on individual suffering, clinical comorbidities, and suicide risk. It is characterized by persistent sadness, anhedonia, and cognitive, behavioral, and somatic symptoms that impair daily activities. It has a multifactorial origin involving genetic predisposition, neurochemical alterations, and psychosocial factors. This literature review, conducted in databases such as PubMed, CINAHL, and Google Scholar (2019-2024), identified evidence that reinforces the need to recognize specific subtypes, such as Major Depressive Disorder, Dysthymia, Postpartum Depression, Seasonal Depression, Depression with Psychotic Features, and Treatment-Resistant Depression, each with clinical and therapeutic particularities. Effective management requires a multimodal and individualized approach, including pharmacotherapy, psychotherapy, neuromodulation techniques, and lifestyle modifications. It is concluded that nursing practice must be supported by ongoing education and the development of specific protocols to consolidate evidence-based care, focusing on comprehensive patient care.

Descriptors: Depression; Nursing; Mental Health; Therapeutics; Nursing Care.

Resumén

La depresión es un trastorno mental prevalente y heterogéneo, considerado una de las principales causas de discapacidad global, con un impacto significativo en el sufrimiento individual, las comorbilidades clínicas y el riesgo de suicidio. Se caracteriza por tristeza persistente, anhedonia y síntomas cognitivos, conductuales y somáticos que dificultan las actividades diarias. Tiene un origen multifactorial que involucra predisposición genética, alteraciones neuroquímicas y factores psicosociales. Esta revisión bibliográfica, realizada en bases de datos como PubMed, CINAHL y Google Scholar (2019-2024), identificó evidencia que refuerza la necesidad de reconocer subtipos específicos, como el trastorno depresivo mayor, la distimia, la depresión posparto, la depresión estacional, la depresión con características psicóticas y la depresión resistente al tratamiento, cada una con particularidades clínicas y terapéuticas. El manejo efectivo requiere un enfoque multimodal e individualizado, que incluye farmacoterapia, psicoterapia, técnicas de neuromodulación y modificaciones del estilo de vida. Se concluye que la práctica enfermera debe apoyarse en la formación continua y el desarrollo de protocolos específicos para consolidar una atención basada en la evidencia y centrada en la atención integral.

Descriptoros: Depresión; Enfermería; Salud Mental; Terapéutica; Atención de Enfermería.

Introdução

A depressão constitui um dos transtornos mentais mais prevalentes em todo o mundo, representando uma das principais causas de incapacidade e um significativo desafio para a saúde pública global. Sua incidência elevada está associada a profundo sofrimento individual, prejuízos funcionais severos, comorbidades clínicas e aumento do risco de suicídio, sobrecarregando sistemas de saúde e a sociedade como um todo¹.

Este transtorno do humor é caracterizado por uma tristeza profunda e persistente, anedonia (perda de interesse ou prazer) e uma constelação de sintomas cognitivos, comportamentais e somáticos que impactam diretamente a capacidade do indivíduo de desempenhar suas atividades de vida diária. A sua fisiopatologia é complexa e multifatorial, envolvendo interações entre predisposição genética, alterações neuroquímicas, disfunções endócrinas e fatores psicossociais². Apesar de ser frequentemente referida como uma entidade única, a depressão manifesta-se através de um espectro de apresentações clínicas, cada uma com nuances específicas em sua sintomatologia, curso e resposta terapêutica. Esta heterogeneidade clínica exige dos profissionais de saúde um olhar apurado e um conhecimento específico para um diagnóstico preciso e um manejo efetivo³.

Dentre as diversas classificações, destacam-se o Transtorno Depressivo Maior (TDM), a forma mais classicamente reconhecida; o Transtorno Depressivo Persistente (Distímia), de caráter crônico; a Depressão no Pós-Parto, com implicações críticas para a díade mãe-bebê; a Depressão Sazonal, vinculada a variações de luz ambiental; e a Depressão com características psicóticas, uma apresentação grave^{4,5}. A correta identificação do subtipo depressivo é um passo fundamental para a condução do tratamento. Intervenções inadequadas ou genéricas podem resultar em respostas terapêuticas insuficientes, prolongamento do sofrimento e cronificação do quadro, culminando em piores desfechos para os pacientes⁶.

Neste contexto, a equipe de enfermagem, por ser a categoria profissional que mantém um contato mais prolongado e contínuo com os pacientes em diversos cenários de cuidado, desempenha um papel significativo. A atuação do enfermeiro vai desde a detecção precoce de sinais de alerta e a aplicação de escalas de avaliação até o manejo de crises, a educação em saúde e o apoio psicossocial durante todo o processo terapêutico^{7,8}.

Portanto, este estudo tem como objetivo identificar os principais tipos de depressão, elucidando seus conceitos, características distintivas, exemplos clínicos e as evidências



atuais para o seu correto manejo, com foco especial na prática de enfermagem.

Metodologia

Trata-se de uma revisão bibliográfica, conduzida entre março e abril de 2024. A busca foi realizada nas bases de dados eletrônicas PubMed e CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) e *Google Scholar*. Foram utilizados os descritores controlados (MeSH e DeCS) e palavras-chave: "*Depression*", "*Depressive Disorder*", "*Classification*", "*Nursing Care*", "*Management*", "*Clinical Features*", combinados pelos operadores booleanos *AND* e *OR*. O filtro temporal aplicado foi para artigos publicados nos últimos 5 anos (2019-2024). Foram incluídos artigos originais, revisões sistemáticas, meta-análises e artigos de reflexão, disponíveis na íntegra, nos idiomas inglês, português ou espanhol. Excluíram-se editoriais, cartas ao editor e estudos cujo foco principal não fosse a caracterização ou o manejo dos subtipos depressivos.

A seleção dos estudos foi realizada em duas etapas: primeiramente pela análise de títulos e resumos, seguida pela leitura na íntegra dos artigos pré-selecionados. Os dados foram extraídos utilizando um instrumento padronizado contendo informações sobre autores, ano, objetivo, amostra, principais resultados e conclusões. Para a análise dos dados, foi empregada a Análise de Conteúdo Temática de Laurence Bardin⁹, que consiste em operações de desagregação do texto em unidades de registro, codificação e categorização, permitindo a identificação de núcleos de sentido relevantes para o objeto de estudo. O corpus de análise foi organizado em três categorias temáticas emergentes: 1) A heterogeneidade fenotípica da depressão; 2) Abordagens terapêuticas baseadas em evidências; 3) O papel central da enfermagem no manejo.

Resultados e Discussão

A partir da análise do corpus, emergiram três categorias temáticas que sintetizam as evidências.

A heterogeneidade fenotípica da depressão

A literatura recente reforça que a depressão não é uma condição monolítica. Os estudos analisados detalham subtipos com perfis sintomáticos distintos. O Transtorno Depressivo Maior (TDM) é caracterizado por um ou mais episódios depressivos que duram pelo menos duas semanas, com humor deprimido e anedonia como sintomas cardinais, acompanhados de alterações no sono, apetite, energia, concentração e sentimento de culpa ou inutilidade. Já o Transtorno Depressivo Persistente (Distímia) é definido por um humor depressivo que persiste na maior parte do dia, na maioria dos dias, por pelo menos dois anos, sendo seus sintomas menos severos, mas extremamente crônicos e debilitantes^{2,3}.

A Depressão Pós-Parto é destacada como um subtipo de início no período perinatal, com manifestações que podem incluir intensa ansiedade, labilidade emocional extrema e, em casos raros, ideação suicida ou infanticida, requerendo vigilância especial. A Depressão Sazonal, ou Transtorno Afetivo Sazonal, está intimamente ligada à

Depressão: características clínicas e manejo para enfermeiros
redução da luz solar em determinadas épocas do ano, manifestando-se com hipersonia, aumento do apetite (especialmente por carboidratos) e letargia. Por fim, a Depressão com Características Psicóticas é uma emergência psiquiátrica, na qual o episódio depressivo é acompanhado por delírios ou alucinações, geralmente de conteúdo congruente com o humor, como ouvir vozes que o criticam ou delírios de ruína^{4,5,10}.

Além desses subtipos clássicos, a evidência recente tem destacado a Depressão Resistente ao Tratamento (DRT), definida como a falha em responder a pelo menos dois ensaios antidepressivos adequados de diferentes classes. Esta apresentação está associada à pior qualidade de vida e ao maior custo socioeconômico, demandando estratégias terapêuticas específicas, como a combinação de medicamentos e a neuromodulação. A fisiopatologia da DRT parece envolver mecanismos inflamatórios e fatores genéticos distintos, o que abre caminho para biomarcadores e tratamentos personalizados no futuro^{11,12}.

Outra apresentação clinicamente relevante é a Depressão no Ciclo Vital, que manifesta particularidades em idosos e adolescentes. Em idosos, a depressão frequentemente se apresenta com queixas cognitivas e somáticas proeminentes, mascarando o humor deprimido e sendo confundida com demência. Em adolescentes, a irritabilidade é um sintoma central que pode substituir o humor deprimido, e o comportamento de risco e o isolamento social são indicadores-chave que demandam atenção da equipe de saúde^{13,14}.

A Depressão com Ansiedade Mista é outra apresentação comum na prática clínica, reconhecida como um especificador no DSM-5. Pacientes com esta condição apresentam sintomas de tensão, preocupação excessiva e hipervigilância somados à sintomatologia depressiva clássica. Este subtipo está associado a maior gravidade, pior resposta aos ISRS convencionais e maior risco de suicídio, necessitando de uma abordagem farmacológica que vise ambos os espectros de sintomas, como alguns IRSNs^{15,16}.

A subclassificação da depressão baseia-se não apenas na sintomatologia, mas também em marcadores biológicos emergentes. Estudos de neuroimagem têm consistentemente mostrado alterações no volume de estruturas límbicas, como o hipocampo e a amígdala, em pacientes com TDM. Além disso, biomarcadores inflamatórios, como níveis elevados de proteína C reativa (PCR) e interleucina-6 (IL-6), têm sido correlacionados com sintomas específicos, como anedonia e fadiga, sugerindo um subtipo inflamatório de depressão que pode responder melhor a intervenções imunomoduladoras^{17,18}.

Abordagens terapêuticas baseadas em evidências

O manejo eficaz é multimodal e deve ser individualizado conforme o subtipo. A farmacoterapia permanece como um pilar, com os Inibidores Seletivos da Recaptação de Serotonina (ISRSs) e os Inibidores da Recaptação de Serotonina e Norepinefrina (IRSNs) sendo as classes de primeira linha. Evidências apontam que para a depressão sazonal, a terapia luminosa é um adjuvante eficaz. Para casos resistentes, a terapia eletroconvulsiva (TEC)



mantém robusta eficácia, especialmente na depressão psicótica^{5,6,10}.

Para a Depressão Resistente ao Tratamento (DRT), protocolos de otimização farmacológica são essenciais. Estratégias incluem a potenciação com antipsicóticos atípicos (como aripiprazol ou quetiapina) ou estabilizadores de humor (como lítio), que demonstraram eficácia em aumentar as taxas de resposta e remissão em ensaios clínicos randomizados. O lítio, em particular, mantém um papel de destaque na potenciação para pacientes com história familiar de transtorno bipolar ou com características psicóticas^{19,20}.

O avanço mais significativo no tratamento da DRT foi a introdução da esketamina, um antagonista do receptor NMDA administrado por via intranasal sob supervisão médica. Sua eficácia rápida (em 24-48 horas) na redução de ideação suicida e sintomas depressivos graves a torna uma opção revolucionária para casos agudos, embora exija monitoramento rigoroso devido aos riscos de dissociação, pressão arterial e potencial de abuso. Protocolos de administração envolvem uma fase inicial de indução semanal, seguida de uma fase de manutenção com aplicações quinzenais ou mensais^{21,22}.

Intervenções de neuromodulação não invasivas ganharam espaço como alternativas eficazes e bem toleradas. A Estimulação Magnética Transcraniana (EMT) estimula o córtex pré-frontal dorsolateral com pulsos magnéticos, é aprovada para TDM e DRT. Seus protocolos de tratamento acelerado, como o *theta-burst stimulation* (TBS), permitem sessões mais curtas com eficácia comparável ao protocolo padrão, aumentando o acesso ao tratamento. A Estimulação por Corrente Contínua (tDCS) surge como uma modalidade portátil e de baixo custo, com estudos mostrando eficácia, especialmente quando combinada com psicoterapia, tornando-a uma promessa para ampliação na Atenção Primária^{23,24}.

A psicoterapia, particularmente a Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC) e a Ativação Comportamental, demonstra resultados significativos, sendo necessárias na prevenção de recaídas. A Terapia Comportamental Dialética (DBT), originalmente desenvolvida para o transtorno de personalidade borderline, mostrou-se eficaz para depressão com comorbidades de desregulação emocional e risco suicida, focando em habilidades de tolerância ao sofrimento e regulação emocional. Para a depressão pós-parto, intervenções psicoterapêuticas focadas no vínculo mãe-bebê e na reorganização da identidade parental mostraram resultados superiores à TCC padrão^{6,25,26}.

Intervenções em grupo e psicoeducação para pacientes e familiares são amplamente recomendadas para melhorar a adesão ao tratamento e o entendimento da doença. Programas de exercício físico estruturado, particularmente exercícios aeróbicos de intensidade moderada realizados três vezes por semana, demonstraram efeitos antidepressivos significativos, com mecanismos envolvendo aumento de BDNF (fator neurotrófico derivado do cérebro) e modulação do eixo HPA. A terapia nutricional também ganha destaque, com a dieta mediterrânea, rica em

O papel central da enfermagem no manejo

Os estudos enfatizam o papel expandido do enfermeiro. Este vai além da administração de medicamentos, abarcando: a Avaliação contínua através de escalas validadas (PHQ-9); a Vigilância de efeitos adversos da medicação e de ideação suicida; e a Implementação de intervenções de enfermagem não farmacológicas^{7,8}.

A avaliação de enfermagem especializada é a base do cuidado. Além de aplicar escalas, o enfermeiro deve realizar uma anamnese detalhada do padrão do sono, apetite, energia e funcionamento psicossocial, identificando subtipos e comorbidades. A avaliação de risco suicida deve ser contínua, utilizando abordagens como a escala de Columbia e a entrevista motivacional para engajar o paciente em um plano de segurança colaborativo, que é uma estratégia efetiva para reduzir tentativas^{29,30}.

O enfermeiro é o profissional-chave para o monitoramento e manejo dos efeitos adversos da farmacoterapia, que são uma causa comum de descontinuação precoce. Intervenções como orientações para lidar com náuseas (associar a medicação com alimentos), insônia (ajustar horário da dose) e disfunção sexual (comunicar ao prescritor para ajuste de dose ou troca) melhoram significativamente a adesão. Para pacientes em esquemas de potenciação com lítio, o enfermeiro assume a responsabilidade pela educação sobre a importância da monitorização sérica regular e pelo reconhecimento de sinais precoces de toxicidade^{31,32}.

Estas intervenções incluem a construção de um vínculo terapêutico forte, a escuta ativa, a promoção de hábitos de sono e nutricionais saudáveis, o encorajamento à atividade física e a condução de sessões de psicoeducação. O desenvolvimento de Grupos de Autogestão conduzidos por enfermeiros tem se mostrado uma ferramenta poderosa. Nestes grupos, pacientes aprendem técnicas de automonitoramento de sintomas, resolução de problemas, planejamento de atividades prazerosas e prevenção de recaída, empoderando-os no manejo de sua própria condição crônica^{8,33}.

O enfermeiro atua como elo entre o paciente, a família e a equipe multiprofissional, sendo fundamental na coordenação do cuidado e no suporte ao longo de toda a jornada terapêutica, desde a atenção primária até os serviços especializados. Em contextos de Atenção Primária à Saúde (APS), o enfermeiro é central nos modelos de cuidado colaborativo, onde atua como gestor de caso, fazendo a triagem inicial, o acompanhamento protocolado e o encaminhamento oportuno para o psiquiatra, otimizando o fluxo e a resolutividade^{7,34}.

A atuação do enfermeiro em Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) envolve a co-facilitação de oficinas terapêuticas, a administração de medicamentos injetáveis de ação prolongada e a visita domiciliar para avaliar a adesão e o ambiente psicossocial do paciente. Em contextos hospitalares, o enfermeiro de ligação em psiquiatria é



determinante para o manejo da depressão em pacientes com comorbidades clínicas, atuando na interface entre a saúde física e mental e prevenindo complicações como a síndrome da falência de autocuidado^{35,36}.

A prática baseada em evidências exige que o enfermeiro esteja atualizado sobre as intervenções não farmacológicas com suporte científico. A terapia de resolução de problemas e a ativação comportamental são modalidades que podem ser efetivamente incorporadas à prática de enfermagem, através de sessões estruturadas de curto prazo que visam romper o ciclo da inatividade e da ruminação mental, sendo particularmente úteis na APS³⁷.

Considerações Finais

Constatou-se que a depressão se configura como um fenômeno clínico complexo e heterogêneo, distante da concepção de uma condição única e uniforme. Reconhecer essa diversidade não representa apenas um exercício teórico, mas uma exigência prática para a efetividade do cuidado. Cada subtipo depressivo apresenta mecanismos fisiopatológicos distintos, manifestações clínicas particulares e necessidades terapêuticas específicas. A negligência dessas diferenças pode resultar em condutas generalistas, frequentemente insuficientes, que perpetuam o sofrimento e favorecem a cronificação do quadro. O manejo eficaz da depressão requer, portanto, uma avaliação clínica minuciosa e a integração de diferentes saberes em uma abordagem multiprofissional. Embora a farmacoterapia desempenhe papel central, ela não se mostra suficiente de forma isolada. Evidências reforçam a relevância de intervenções não farmacológicas, incluindo psicoterapias, técnicas de neuromodulação e modificações no estilo de vida, como a

prática regular de atividade física e a adoção de hábitos alimentares saudáveis. A combinação criteriosa e individualizada dessas estratégias tende a aumentar substancialmente as chances de sucesso terapêutico, sobretudo nos quadros resistentes, que desafiam condutas convencionais. Nesse contexto, a enfermagem assume um protagonismo que vai além da administração de medicamentos e da execução de rotinas assistenciais. O enfermeiro, por meio de seu contato contínuo e prolongado com a pessoa em sofrimento psíquico, ocupa posição estratégica na identificação precoce de alterações, na avaliação de riscos, incluindo a prevenção do suicídio, e no fortalecimento da relação terapêutica. Sua atuação viabiliza a tradução do plano terapêutico em práticas concretas no cotidiano do paciente, por meio da psicoeducação, do acompanhamento de efeitos adversos e da facilitação de grupos de autogestão que promovem autonomia no cuidado à própria saúde. É necessário reconhecer que a ciência do cuidado em saúde mental está em constante evolução. Novas evidências acerca de biomarcadores, terapias de neuromodulação e modalidades psicoterapêuticas emergem continuamente. Diante disso, reafirma-se não apenas a complexidade da depressão e a relevância de uma abordagem interdisciplinar, mas também a urgência de investimentos em educação permanente, especialmente voltados à enfermagem. Avançar em pesquisas que desenvolvam e validem protocolos de enfermagem específicos para diferentes subtipos de depressão é fundamental para consolidar uma prática verdadeiramente baseada em evidências, capaz de promover cuidado humanizado, eficaz e orientado para a restauração do bem-estar e da esperança dos indivíduos acometidos.

Referências

1. GBD 2019 Mental Disorders Collaborators. Global, regional, and national burden of 12 mental disorders in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Psychiatry*. 2022 Feb;9(2):137–150. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00395-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00395-3)
2. Malhi GS, Mann JJ. Depression. *Lancet*. 2018 Nov 24;392(10161):2299–2312. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31948-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31948-2)
3. Sansone RA, Sansone LA. Dysthymic Disorder: Forlorn and Overlooked? *Psychiatry (Edgmont)*. 2009 May;6(5):46–51. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2719439/>
4. Stewart DE, Vigod SN. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. *Annu Rev Med*. 2019 Jan 27;70:183–196. <https://doi.org/10.1146/annurev-med-041217-011106>
5. Melrose S. Seasonal Affective Disorder: An Overview of Assessment and Treatment Approaches. *Depress Res Treat*. 2015;2015:178564. <https://doi.org/10.1155/2015/178564>
6. Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E, Vinkers CH, Cipriani A, Furukawa TA. A network meta-analysis of the effects of psychotherapies, pharmacotherapies and their combination in the treatment of adult depression. *World Psychiatry*. 2020 Jun;19(2):92–107. <https://doi.org/10.1002/wps.20701>
7. Almeida LSS, Oliveira HSB, Costa KTF, Silva MEV da. Ações de enfermagem no manejo da depressão na Atenção Primária à Saúde: revisão integrativa. *Glob Acad Nurs*. 2021;2(2):e145. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200145>
8. Silva RM, Santos FADS, Pereira ER, Rodrigues CDS. Nursing care for people with depression: an integrative review. *Glob Acad Nurs*. 2022;3(2):e255. <https://doi.org/10.5935/2675-5602.20200255>
9. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 2011.
10. Jørgensen MB, Rozing MP, Kellner CH, Osler M. Electroconvulsive therapy, depression and the risk of suicide. *Acta Neuropsychiatr*. 2021 Oct;33(5):217–225. <https://doi.org/10.1017/neu.2021.13>
11. Voineskos D, Daskalakis ZJ, Blumberger DM. Management of Treatment-Resistant Depression: Challenges and Strategies. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2020 Jan 21;16:221–234. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6982454/>
12. Felger JC. The Role of Dopamine in Inflammation-Associated Depression: Mechanisms and Therapeutic Implications. *Curr Top Behav Neurosci*. 2022 Jul 1.
13. Alexopoulos GS. Mechanisms and treatment of late-life depression. *Transl Psychiatry*. 2019 May 1;9(1):188.



<https://doi.org/10.1038/s41398-019-0514-6>

14. Rice F, Riglin L, Thapar AK, Heron J, Anney R, O'Donovan MC, et al. Characterizing developmental trajectories and the role of neuropsychiatric genetic risk variants in early-onset depression. *JAMA Psychiatry*. 2019;76(3):306–313. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.3338>
15. Ionescu DF, Rosenbaum JF, Alpert JE. Pharmacological approaches to the challenge of treatment-resistant depression. *Dialogues Clin Neurosci*. 2015;17(2):111–126. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4518696/>
16. Fava M, Rush AJ, Alpert JE, Balasubramani GK, Wisniewski SR, Carmin CN, et al. Difference in treatment outcome in outpatients with anxious versus nonanxious depression: a STAR*D report. *Am J Psychiatry*. 2008;165(3):342–351. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18172020/>
17. Schmaal L, Veltman DJ, van Erp TG, Sämann PG, Frodl T, Jahanshad N, et al. Subcortical brain alterations in major depressive disorder: findings from the ENIGMA Major Depressive Disorder working group. *Mol Psychiatry*. 2016;21(6):806–812. <https://doi.org/10.1038/mp.2015.69>
18. Osimo EF, Baxter LJ, Lewis G, Jones PB, Khandaker GM. Prevalence of low-grade inflammation in depression: a systematic review and meta-analysis of CRP levels. *Psychol Med*. 2019;49(12):1958–1970. <https://doi.org/10.1017/S0033291719001454>
19. Zhou X, Ravindran AV, Qin B, Del Giovane C, Li Q, Bauer M, et al. A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials of Aripiprazole in the Treatment of Major Depressive Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2015;76(5):e588–e593. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26012350/>
20. Nelson JC, Baumann P, Delucchi K, Joffe R, Katona C. A systematic review and meta-analysis of lithium augmentation of tricyclic and second generation antidepressants in major depression. *J Affect Disord*. 2014;168:269–275. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.05.053>
21. Popova V, Daly EJ, Trivedi M, Cooper K, Lane R, Lim P, et al. Efficacy and Safety of Flexibly Dosed Esketamine Nasal Spray Combined With a Newly Initiated Oral Antidepressant in Treatment-Resistant Depression: A Randomized Double-Blind Active-Controlled Study. *Am J Psychiatry*. 2019;176(6):428–438. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.1189>
22. Singh JB, Fedgchin M, Daly EJ, De Boer P, Cooper K, Lim P, et al. A Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled, Dose-Frequency Study of Intravenous Ketamine in Patients With Treatment-Resistant Depression. *Am J Psychiatry*. 2016;173(8):816–826. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2016.16010037>
23. Blumberger DM, Vila-Rodriguez F, Thorpe KE, Feffer K, Noda Y, Giacobbe P, et al. Effectiveness of theta burst versus high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation in patients with depression (THREE-D): a randomised non-inferiority trial. *Lancet*. 2018;391(10131):1683–1692. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30295-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30295-2)
24. Brunoni AR, Moffa AH, Sampaio-Junior B, Borriero L, Moreno ML, Fernandes RA, et al. Trial of Electrical Direct-Current Therapy versus Escitalopram for Depression. *N Engl J Med*. 2017;376(26):2523–2533. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa1612999>
25. Linehan MM, Korslund KE, Harned MS, Gallop RJ, Lungu A, Neacsiu AD, et al. Dialectical behavior therapy for high suicide risk in individuals with borderline personality disorder: a randomized clinical trial and component analysis. *JAMA Psychiatry*. 2015;72(5):475–482. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2014.3039>
26. Milgrom J, Danaher BG, Gemmill AW, Holt C, Holt CJ, Seeley JR, et al. Internet Cognitive Behavioral Therapy for Women With Postnatal Depression: A Randomized Controlled Trial of MumMoodBooster. *J Med Internet Res*. 2016;18(3):e54. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26952645/>
27. Schuch FB, Vancampfort D, Firth J, Rosenbaum S, Ward PB, Silva ES, et al. Physical Activity and Incident Depression: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *Am J Psychiatry*. 2018;175(7):631–648. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2018.17111194>
28. Lassale C, Batty GD, Baghdadli A, Jacka F, Sánchez-Villegas A, Kivimäki M, et al. Healthy dietary indices and risk of depressive outcomes: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Mol Psychiatry*. 2019;24(7):965–986. <https://doi.org/10.1038/s41380-018-0237-8>
29. Johnson K, McMorris CA. Seasonal Affective Disorder: Updates and Recommendations for Practice. *J Nurse Pract*. 2021;17(4):448–452.
30. Stanley B, Brown GK. Safety planning intervention: a brief intervention to mitigate suicide risk. *Cognit Behav Pract*. 2012;19(2):256–264. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.01.001>
31. Bet PM, Hugtenburg JG, Penninx BWJH, Hoogendijk WJG. Side effects of antidepressants during long-term use in a naturalistic setting. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2013;23(11):1443–1451. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2013.05.001>
32. McKnight RF, Adida M, Budge K, Stockton S, Goodwin GM, Geddes JR. Lithium toxicity profile: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*. 2012;379(9817):721–728. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61516-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61516-X)
33. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med*. 2003;26(1):1–7. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2601_01
34. Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;10:CD006525. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006525.pub2/full>
35. Oliveira EN, Pimenta IDSF, Lima MADS, Sousa YG, Amorim JSC. Ações de enfermagem em Centros de Atenção Psicossocial: scoping review. *Rev Bras Enferm*. 2021;74(2):e20200673. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0673>
36. Haddad M, Butler GS, Tylee A. School nurses' involvement, attitudes and training needs for mental health work: a UK-wide cross-sectional study. *J Adv Nurs*. 2010;66(11):2471–2480. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20646119/>
37. Richards DA, Hill JJ, Gask L, Lovell K, Chew-Graham C, Bower P, et al. Clinical effectiveness of collaborative care for depression in UK primary care (CADET): cluster randomised controlled trial. *BMJ*. 2013;347:f4913. <https://doi.org/10.1136/bmj.f4913>

