

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

MARILUCI CAMARGO FERREIRA DA SILVA CANDIDO

**Transtornos depressivos: desenvolvimento de um
material didático para educação a distância**

Ribeirão Preto

2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

MARILUCI CAMARGO FERREIRA DA SILVA CANDIDO

**TRANSTORNOS DEPRESSIVOS:
DESENVOLVIMENTO DE UM MATERIAL
DIDÁTICO PARA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA**

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor junto ao
Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e
Ciências Humanas

Linha de Pesquisa: Enfermagem Psiquiátrica:
o doente, a doença e as práticas terapêuticas.

Orientadora: **Profa. Dra. Antonia Regina Ferreira Furegato**

Ribeirão Preto

2005

FICHA CATALOGRÁFICA

Candido, Mariluci Camargo Ferreira da Silva
Transtornos depressivos: desenvolvimento de um material
didático para educação a distância. Ribeirão Preto, 2005.
196 p. : il. ; 30cm

Tese de Doutorado, apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto/USP – Área de concentração: Enfermagem
Psiquiátrica e Ciências Humanas.

Orientadora: Furegato, Antonia Regina Ferreira Furegato.

1. Transtornos depressivos. 2. Material didático. 3. Educação a
distância..

DEDICATÓRIAS

Dedico este trabalho às pessoas fundamentais em minha vida

A Deus.

A Aderito e Lúcia, meu pai e minha mãe, por terem sido meus pais e me ajudarem a chegar até aqui.

A João e Maria, meus avós.

A Marco Antonio, meu marido, companheiro, amigo, amante e amado

A minha família, e a de meu marido que agora também é minha família: irmãos, sobrinhos e sobrinhas, sogra e sogro, cunhadas e cunhados, avó, tios e tias, primas e primos.

A Rosinei, José, Lítvia, Filipe, Laide, Branco e Yolanda, amigos, companheiros e irmão, que também são minha família.

Obrigada por vocês existirem

AGRADECIMENTOS

À Regina, minha orientadora, que me acompanha há cinco anos pela orientação, ensinamentos, atenção e amizade. Obrigada por tudo.

A Jomara, José, Pedrão e Silvia, examinadores da banca pelas recomendações, ensinamentos e paciência. Obrigada.

A todos que direta ou indiretamente me ajudaram a chegar até aqui.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	1
2 OBJETIVOS.....	10
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	11
3.1 CONCEITOS E CARACTERÍSTICAS DA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA.....	11
3.2 EVOLUÇÃO E TENDÊNCIAS DA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA.....	20
3.3 EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA NA ENFERMAGEM.....	25
3.4 O MATERIAL DIDÁTICO PARA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA.....	34
4 DESENVOLVIMENTO DO MATERIAL DIDÁTICO SOBRE TRANSTORNOS DEPRESSIVOS PARA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA.....	57
4.1 MARCO REFERENCIAL.....	59
4.2 PLANEJAMENTO DO CURSO.....	65
4.2.1 FASE DE ANÁLISE OU PLANEJAMENTO DO PROGRAMA.....	66
4.2.2 FASE DA ABORDAGEM PARA O PROJETO.....	75
4.3 ELABORAÇÃO DOS ARQUIVOS DAS INFORMAÇÕES GERAIS E DOS CONTEÚDOS.....	86
5 ANÁLISE DO MATERIAL DIDÁTICO POR ESPECIALISTAS.....	92
5.1 POPULAÇÃO/AMOSTRA.....	94
5.2 LOCAL DE ESTUDO.....	96
5.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	96
5.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	99
5.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	100
5.6 ANÁLISE DOS DADOS.....	101
5.6.1 PERFIL DOS ESPECIALISTAS.....	102
5.6.2 RESULTADOS DA OPINIÃO.....	103
5.6.3 RECOMENDAÇÕES GERAIS.....	109
5.6.4 RECOMENDAÇÕES POR MÓDULOS.....	111
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	118
REFERÊNCIAS.....	121
APÊNDICES.....	128

RESUMO

CANDIDO, M. C. F. S. **Transtornos depressivos: desenvolvimento de um material didático para educação a distância.** 2005. 196 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

A falta de conhecimento dos sintomas e das variantes da depressão é apontada como um dos fatores responsáveis pela deficiência na identificação e no cuidado do profissional enfermeiro aos pacientes deprimidos. A educação a distância pode ser uma alternativa para acelerar o processo de disseminação desses conhecimentos bem como atingir um grande contingente de profissionais, sendo possível inclusive combinar educação e certificação. A presente pesquisa objetivou elaborar material didático sobre transtornos depressivos para ser utilizado em sistemas de ensino à distância. Trata-se de uma pesquisa aplicada, motivada essencialmente pela necessidade de resolver um problema concreto e imediato. Perpassa também o campo da pesquisa descritiva, visto que, descreve o processo de elaboração e análise do referido material didático. Este processo constituiu-se em 3 momentos: o primeiro momento ocupou-se do levantamento bibliográfico sobre depressão, desenvolvendo e preparando o material didático para a educação à distância. Foi uma tarefa que exigiu cuidados técnicos e pedagógicos; o segundo constou de identificação da opinião dos especialistas sobre o material. Após a leitura e a análise, os especialistas fizeram recomendações e preencheram um questionário analisando o material; o último constou da análise, adequação e apresentação do material didático produzido. Na reformulação e apresentação dos resultados buscou-se abordar os principais aspectos incorporados ao material didático construído. A produção do material didático não é dissociada da teoria pedagógica, estão intimamente ligados. Isso quer dizer que é necessário coordenar as atividades de montagem do material didático sobre transtornos depressivos de educação na Internet, conjugando conhecimentos do conteúdo, da pedagogia, informática, psicologia, comunicação, marketing, entre outros. Esta pesquisa inclui o diagnóstico, o contexto, a conduta de entrada, prioridades, objetivos, conteúdo, recursos, métodos e avaliação e foi estruturada em nove módulos contendo informações gerais e aspectos relativos aos transtornos depressivos, como: história, conceitos, epidemiologia, fatores de risco, classificação, diagnóstico, tratamento, suicídio e os respectivos cuidados de enfermagem. As considerações finais desta pesquisa apontam para algumas reflexões: o principal aspecto a ser considerado em qualquer processo educacional e na elaboração de material didático é a fundamentação pedagógica; deve primeiramente levar em consideração o aluno nas suas especificidades e ser útil no atendimento às necessidades detectadas; ocorreram dificuldades decorrentes da falta de assessoria de uma equipe preparada para trabalhar com educação a distância no que se refere às questões relacionadas à pedagogia, à didática e a tecnologia. Pretende-se que este material didático colabore para atender a necessidade de formação e/ou atualização dos profissionais e acadêmicos de enfermagem e outros profissionais da saúde no atendimento ao portador de transtorno depressivo, à sua família e a comunidade.

Palavras-chave: Transtornos depressivos. Material didático. Educação a distância.

RESUMEN

CANDIDO, M. C. F. S. Trastornos depresivos: desarrollo de material didáctico para la educación a distancia. 2005. 196 h. Tesis (Doctorado) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

La falta de conocimiento es indicada como uno de los factores responsables por deficiencias en la identificación y atención del profesional enfermero a los pacientes deprimidos. La educación a distancia es una posible alternativa para la solución de problemas educacionales en países con grandes extensiones territoriales como Brasil. La finalidad de esta investigación fue elaborar y analizar un material didáctico sobre trastornos depresivos en la educación a distancia. Se trata de una investigación aplicada, motivada esencialmente por la necesidad de resolver un problema concreto e inmediato. Pasa también por el campo de la investigación descriptiva, ya que describe el proceso de elaboración y análisis del referido material didáctico. Este proceso se constituye en 3 momentos: la primera etapa se ocupó de la recopilación bibliográfica sobre depresión, desarrollando y preparando el material didáctico para la educación a distancia. Fue una tarea trabajosa y extensa, exigiendo cuidados técnicos y pedagógicos; la segunda etapa abarcó la identificación de la opinión de especialistas sobre el material. Tras la lectura y el análisis, los especialistas hicieron recomendaciones y llenaron un cuestionario de evaluación del respectivo material; en la última etapa, el material didáctico producido fue analizado, adecuado y presentado. En la reformulación y presentación de los resultados, intentamos tratar de los principales aspectos incorporados al material didáctico construido. El proceso de producción de un guión multimedia no está dicotomizado de la teoría pedagógica; siguen juntos y no segmentados. No existen recetas inmediatas. Eso quiere decir que al mismo tiempo fuimos responsables por coordinar las actividades de montaje del material didáctico sobre trastornos depresivos de educación en la Red, conjugando conocimientos del contenido, de la pedagogía, informática, psicología, comunicación, marketing, entre otros. Establecemos el diseño de esta investigación, abarcando el diagnóstico y el contexto, la conducta de entrada, prioridades, objetivos, contenido, recursos, métodos y evaluación. Fue dividido en nueve módulos con informaciones generales y aspectos relativos a los trastornos depresivos, tales como: historia, conceptos, epidemiología, factores de riesgo, clasificación, diagnóstico, tratamiento, suicidio y los respectivos cuidados de enfermería. Las consideraciones finales de esta investigación indican algunas reflexiones: el principal aspecto a ser considerado en cualquier proceso educacional y en la elaboración de material didáctico es la fundamentación pedagógica; en primer lugar debe de considerar el alumno en sus especificidades y ser útil en la atención a las necesidades detectadas; ocurrieron dificultades resultantes de la falta de accesorios de un equipo preparado para trabajar con educación a distancia respecto a las cuestiones relacionadas a la pedagogía, didáctica y tecnología. Nuestra finalidad con este material didáctica es colaborar para atender a la necesidad de formación y/o actualización de los profesionales y académicos de enfermería y otros profesionales de salud en la atención al portador de trastorno depresivo, a su familia y a la comunidad.

Palabras-clave: Trastornos depresivos. Material didáctico. Educación a distancia.

ABSTRACT

CANDIDO, M. C. F. S. . 2005. Depressive disorders: development of didactical material for distance education. 196 p. Doctoral Thesis – Ribeirão Preto College of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

Lack of knowledge is indicated as one of the main factors responsible for nursing professionals' deficient identification and care for depressed patients. Distance education is one alternative for solving educational problems in large countries like Brazil. This study aimed to elaborate and analyze didactical material on depressive disorders for distance education. This applied research was essentially motivated by the need to solve a concrete and immediate problem. The study can also be characterized as descriptive, since it describes the elaboration and analysis process of this didactical material. This process involves 3 moments: in the first phase, a bibliographic survey on depression was realized to develop and prepared the didactical material for distance education. This laborious and extensive task required both technical and pedagogical care; the second phase covered the identification of specialists' opinions about the material. After their reading and analysis, the specialists made recommendations and filled out a questionnaire to evaluate the material; the last phase covered the analysis, adequation and presentation of the produced didactical material. In reformulating and presenting the results, we attempted to discuss the main aspects that had been incorporated into the constructed material. The production process of a multimedia script is not dichotomized from pedagogical theory; they move along together and not separately. There are no ready formulae. This means that, at the same time, we were responsible for coordinating the editing of the distance education material on depressive disorders, joining knowledge about the contents, pedagogy, informatics, psychology, communication and marketing, among others. The research design included diagnosis and context, access behavior, priorities, objectives, contents, method and evaluation. The material was divided into nine modules with general information and aspects related to depressive disorders, such as: history, concepts, epidemiology, risk factors, classification, diagnosis, treatment, suicide and the respective nursing care. Our final research considerations point out a number of reflections: the main aspect to be considered in any educational process and in the elaboration of didactical material is its pedagogical foundation; first, it should take into account the student's peculiarities and be useful in attending to the detected needs; difficulties resulted from the lack of accessories for a team that was prepared to work with distance education in terms of pedagogical, didactical and technological questions. We produced this didactical material to collaborate with efforts to satisfy the education and/or updating needs of nursing professionals, nurse academics and other health professionals in care delivery to depressive disorder patients, their family and the community.

Key Words: Depressive disorders. Didactical material. Distance education.

1 INTRODUÇÃO

O interesse por esta temática está relacionado a trajetória profissional da pesquisadora e orientadora, tanto como docente de disciplinas relacionadas à área de saúde mental e saúde pública em curso de graduação em enfermagem bem como nas atividades de enfermagem em serviços de atenção básica à saúde. Por ocasião do curso de pós-graduação em nível de mestrado em Enfermagem Psiquiátrica este interesse norteou a elaboração da dissertação “Depressão: pontos de vista e o conhecimento do enfermeiro da rede básica de saúde”.

Essa pesquisa mostrou que enfermeiros da rede básica de saúde, numa cidade do interior de São Paulo apresentaram médio conhecimento sobre depressão e, no entanto, a mesma pesquisa evidenciou que esses profissionais não oferecem o devido cuidado ao portador de transtorno depressivo e quando o fazem, os cuidados são inadequados e às vezes inconsistentes. O enfermeiro da rede de atenção básica à saúde parece não estar preparado nem preocupado em atender, de forma eficaz, o portador de transtorno depressivo. Portanto, o conhecimento médio dos enfermeiros da rede básica de saúde sobre depressão não os qualifica para uma prática adequada e eficiente.

Entre os motivos ligados à ineficiência ou ausência da atenção ao portador de transtornos depressivos, cabe destacar a presença de preconceito pessoal e profissional do enfermeiro em relação ao transtorno mental. Além disso, parece haver certa resistência em trabalhar com transtorno mental, pois esse tipo de cuidado remete o profissional a se confrontar com as próprias emoções. A falta ou inadequação da prática profissional pode ser decorrente da formação básica sobre transtornos depressivos, o desconhecimento do seu papel terapêutico e a ausência de conhecimento teórico mais consistente (SILVA, 2001).

O processo de formação acadêmica do enfermeiro não tem privilegiado aspectos que valorizam o cuidado ao portador de transtorno depressivo. Geralmente, os currículos dos cursos de graduação em enfermagem apresentam uma carga teórica de quatro a oito horas sobre transtornos depressivos durante todo o curso. Dependendo do estágio realizado e das oportunidades oferecidas que lhe apresentam nas atividades práticas, o aluno pode se graduar sem ter cuidado de um portador de transtorno depressivo.

A ausência ou ineficácia do fortalecimento emocional e do conhecimento dos futuros profissionais de saúde durante a graduação em enfermagem se traduz em um nítido movimento de desconsideração com relação aos agravos produzidos pelas situações ansiogênicas tão comuns em seu processo de formação. Além disso, a postura de profissionais e educadores ao longo do curso de graduação da área da saúde, pouco estimula os alunos a considerarem o que pensam e, principalmente, o que sentem quando se vêem confrontados com a vulnerabilidade humana (ESPERIDIÃO, 2001).

A dificuldade tão comum entre profissionais de saúde em lidar com as ações de saúde mental e psiquiatria provavelmente sofre influência da inabilidade dos mesmos em lidar com suas próprias emoções (SILVA; FUREGATO; COSTA JR, 2003).

Também foi considerado no estudo de Silva, Furegato e Costa Jr (2003) uma possível relação da conduta do enfermeiro com a sua “condição hierárquica” dentro das instituições de saúde. Sendo ocultamente submisso, principalmente com relação ao médico e ocupando uma função de apoio ao sistema de saúde, tem tendência em prevalecer o comportamento submisso em oposição ao pró-ativo.

A falta de conhecimento adequado do profissional de enfermagem é também citada pela OPAS/OMS (1999) como um dos fatores responsáveis pela deficiência na identificação e no cuidado aos pacientes deprimidos. Além disso, falta de destreza clínica, a limitação no

tempo destinado a escutar o paciente, a falta de apoio especializado para o manejo e encaminhamento de pacientes com problemas complexos, agravam esta situação.

A OPAS/OMS (1999) enfatiza a necessidade do enfermeiro se ocupar dos transtornos do humor (entre eles, os transtornos depressivos) tendo em vista a experiência e o preparo que este profissional deveria ter, a posição singular dos enfermeiros nos serviços de saúde e a relação especial que têm com os pacientes.

O transtorno mental sempre fez parte do cuidado profissional do enfermeiro, independentemente do serviço de saúde em que atue, ou seja, no hospital geral público ou privado, pronto atendimento, ambulatorial, clínica particular, home care, unidade básica de saúde ou unidade de saúde da família.

Os profissionais em atividade na rede, em qualquer especialidade, mas especialmente nos serviços de atenção básica, emergências e atendimento a grupos vulneráveis, nem sempre estão preparados para deparar-se com o portador de transtorno mental. Esses profissionais de saúde, inclusive o pessoal da enfermagem, consideram que não têm tido acesso à informação atualizada para incorporar os avanços técnicos e científicos em suas práticas clínicas (OPAS/OMS, 1999).

A ausência de respostas em relação ao atendimento de portadores de transtornos depressivos pelo enfermeiro sugere que esses profissionais não estão em contato direto com pacientes, não sabem identificar pacientes deprimidos, não observam os indicadores nos pacientes que atendem ou não entendem que seja sua tarefa fazer esta identificação (SILVA, 2001).

Apesar das pesquisas na área de psiquiatria e da própria OPAS/OMS alertarem para a importância do diagnóstico prematuro dos transtornos mentais, ainda observa-se na prática a falta de interesse e/ou de conhecimento dos profissionais de saúde, no que diz respeito às ações que envolvam a saúde mental e psiquiatria.

A motivação do trabalho preventivo do enfermeiro psiquiátrico tem como meta evitar o aparecimento e a cronificação do transtorno mental (RODRIGUES, 1996). Essa motivação também deveria estar presente nas ações de todos os profissionais de saúde.

Os transtornos mentais não têm recebido a devida atenção e espaço nos programas de saúde pública (SILVA, 2001). Muito embora, em torno de 31% a 50% da população apresenta durante a vida pelo menos um episódio de algum transtorno mental, cerca de 20% a 40% da população necessita, por conta desses transtornos, de algum tipo de ajuda profissional (DALGALARRONDO, 2000).

Na perspectiva de saúde coletiva, a depressão é considerada um grave problema de saúde pública. Estima-se que, no início deste século, 121 milhões de pessoas sofreram algum episódio depressivo durante a sua vida, sendo destes 5,8% de homens e 9,5% de mulheres. É um dos transtornos mentais mais comuns, caracterizado por tristeza, perda de interesse em atividades cotidianas e diminuição da energia; é também um dos fatores mais prevalentes e potencialmente implicados nos mecanismos que conduzem à incapacidade e à utilização dos serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2001).

Nesse sentido, é um dos transtornos mentais que se apresenta com grande frequência nas unidades de atenção básica à saúde. Muitas vezes não é reconhecido e os pacientes só recebem tratamento para suas queixas físicas, passando despercebida a depressão. Esta falha em sua detecção perpetua uma situação de muito sofrimento e de cronificação que poderia ser evitada, se houvesse a identificação precoce e o encaminhamento adequado deste problema (OPAS/OMS 1999).

O estudo dos transtornos depressivos é importante porque é uma doença que atinge muitas pessoas e que pode levar a conseqüências sérias, incluindo o suicídio. Além de serem prevalentes e subdiagnosticados, têm um impacto considerável na vida do indivíduo no que se refere à sintomatologia da doença, mas também na diminuição de produtividade no trabalho,

no estudo com grande prejuízo da qualidade de vida. Assim, resultam em muito sofrimento, angústias, incapacidades e prejuízos econômicos, psicossociais, justificando medidas urgentes para sua prevenção, diagnóstico, tratamento e controle.

Todas essas questões falam a favor da grande importância social dos transtornos mentais, da necessidade de reconhecimento e de assistência adequada.

Considerando que as ocorrências em saúde mental e psiquiatria são atendidas pela rede de saúde disponível na comunidade, as ações de enfermagem em psiquiatria e saúde mental são exigidas de todos os profissionais de enfermagem, independente de seu local de atuação, ainda que não tenham consciência ou não realizem essas ações.

A atenção do profissional de enfermagem é exigida em todos os lugares, escolas, comunidades e centros de saúde mental, serviços de assistência gerais e especializados e atendimentos psiquiátricos. A assistência à saúde mental e psiquiatria é uma parte da enfermagem em geral, pois no mínimo lidamos com emoções nas 24 horas do cuidado prestado em qualquer área da enfermagem (TRAVELBEE, 1982).

Isso reafirma que todos os enfermeiros bem como os demais profissionais de saúde necessitam de conhecimentos e atualização sobre saúde mental e psiquiatria.

Apesar de se falar em depressão na mídia e nos periódicos científicos da área de saúde pouco tem sido escrito no Brasil sobre o cuidado de enfermagem ao portador de transtorno depressivo. São escassos os trabalhos sobre transtornos depressivos relacionados à enfermagem.

Assim, torna-se importante a construção e a divulgação de estudos sobre o cuidado ao portador de transtorno depressivo os quais poderão nortear e sistematizar a conduta dos acadêmicos e dos enfermeiros diante do indivíduo, portador de transtorno depressivo.

Esses aspectos podem e devem ser privilegiados durante os cursos de graduação e de pós-graduação em enfermagem, mas também precisam ser abordados permanentemente na educação desses profissionais.

Em um cenário no qual a aquisição do conhecimento passa pelo desenvolvimento das aptidões cognitivas, que também se faz necessárias para melhor adaptação ao mundo em que se vive, o estudo dos transtornos depressivos tem um papel de destaque. Para atendimento adequado de enfermagem ao portador de transtornos depressivos, é necessário o conhecimento sobre as características da doença, sua etiologia, classificação, sinais e sintomas, tratamentos clínicos e psicológicos, bem como os cuidados de enfermagem para cada necessidade apresentada.

No Brasil, o modelo de atenção voltado para a Saúde da Família (Programa de Saúde da Família – PSF) tem proporcionado mudanças positivas na relação entre os profissionais da saúde e na qualidade da assistência à saúde oferecida à população pelo sistema público de saúde.

Nessa experiência brasileira, em progressiva expansão da reorganização dos serviços de atenção básica nos municípios, os profissionais das Equipes de Saúde de Família necessitam de programas e conteúdos que os possibilitem desempenhar suas atribuições, aproximando-se cada vez mais das necessidades de saúde da população (COSTA NETO, 2000).

Paralelamente, há que se considerar outro fator importante, vivemos em um país de dimensões continentais. No Brasil, os problemas e potencialidades na área da saúde variam como as paisagens de acordo com cada região. A missão de levar a formação adequada a todos os profissionais do Sistema Único de Saúde (SUS), pelos meios tradicionais é uma missão cara e de difícil realização. Uma das respostas para transpor este impasse é a Educação a Distância (EaD).

Outro ponto positivo é que no contexto do SUS, o número de pessoas que a EaD pode atingir é significativo, gerando um custo menor do que os meios tradicionais. É um meio de comunicação a favor do SUS e uma importante ferramenta de gestão. Os sistemas estaduais de saúde e os pólos municipais urgem de ter vitalidade, com mecanismos de educação para a formação dos trabalhadores, para que a informação circule, se realize e se complete a comunicação com a população, a partir de um programa de EaD nacional, que enlace e parceirize todos. Assim, os trabalhadores da rede de saúde poderão receber apoio de outros profissionais habilitados, trocar experiência de forma permanente e obter consultoria para tomada de decisões.

Com tais características, a EaD parece feita sob encomenda para as necessidades da saúde pública brasileira. Pode ser uma forte aliada na democratização da informação, além de ajudar a viabilizar o aprendizado permanente que tem sido uma prioridade do Ministério da Saúde.

Para Costa Neto (2000), é inconcebível a reorganização das práticas de saúde, sem que, de forma concomitante, se invista em formação e num processo permanente de capacitação dos recursos humanos.

Uma importante estratégia para desenvolver a reflexão sobre as práticas das equipes de saúde da família é a educação permanente (EP).

Além de ser um importante recurso estratégico para a educação na saúde, a EP deve ser tomada para a gestão do trabalho. É a proposta mais apropriada para articular gestão, atenção e formação para o enfrentamento dos problemas de cada equipe de saúde, em seu território geopolítico de atuação (BRASIL, 2004). Tem como objeto, a transformação do processo de trabalho, guiado para a melhoria da qualidade dos serviços e para a equidade no cuidado e no acesso aos serviços de saúde. Confere uma dimensão temporal de continuidade

ao processo educativo, apropriado às necessidades dos profissionais durante toda a vida, firmando-se em princípios metodológicos diversos (RIBEIRO E MOTTA, 2001)

A EP deverá ajudar para que se possa responder aos desafios do futuro, provocados, entre outros fatores, por uma transformação tecnológica e pela globalização da produção e do comércio, pelas crescentes dificuldades de financiamento das instituições públicas, pelo crescente desemprego, por conflitos étnicos, pela criminalidade em expansão, bem como por guerra e violência (PETERS, 2001).

O processo de educação através das formas tradicionais de preparação profissional rapidamente se torna ultrapassado e a exigência de formação permanente transforma-se em desafio. Da mesma maneira que para outros profissionais da área de saúde, também para os enfermeiros o importante é assegurar oportunidades constantes no processo educativo para se manterem atualizados, tanto do ponto de vista de sua formação geral quanto específica (BARRETO, 1997).

Para suprir essas necessidades vem crescendo o uso da tecnologia nas ações educativas em nível de graduação, pós-graduação, educação permanente e cursos de atualização nas diversas áreas da saúde.

O desenvolvimento de um material didático para EaD sobre transtornos depressivos parece não só adequado, mas justificável frente ao exposto.

Assim sendo, um curso a distância para enfermeiros pode facilitar o desenvolvimento do processo educativo dos interessados em transtornos depressivos, tendo impacto direto sobre o atendimento aos portadores desses transtornos.

Diante de todo o espectro de possibilidades de estudos sobre os transtornos depressivos, foi escolhido como objeto de estudo o planejamento, a construção e a análise do material didático de um curso de ensino a distância para enfermeiros. O material poderá ser adaptado para cursos destinados a outros profissionais de saúde.

Desse modo, optou-se pelo desenvolvimento de um material didático para EaD, que brevemente será mediado pelo computador e ambientado no TelEduc.

2 OBJETIVO

Desenvolver e analisar um material didático sobre transtornos depressivos para Educação a Distância.

3 REVISÃO DA LIERATURA

3.1 CONCEITOS E CARACTERÍSTICAS DA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Kenski (2004) considera a educação como algo imenso e muito complexo, que dificilmente é possível alcançar e refletir sobre todo seu universo e que esta abrange todos os momentos do ser, conscientes ou inconscientes. O momento em que a pessoa de todas as idades dedica ao estudo, em situações formais ou não-formais de ensino, na escola ou fora dela, é uma parte pequena do que vem a ser educação.

Nesse sentido, Moran et al. (2003) propõem conceitos diferentes para ensino e educação. O ensino reúne uma série de atividades didáticas organizadas para ajudar os alunos a compreenderem áreas específicas do conhecimento (ciências, história, matemática). A educação, além de ensinar, tem como foco ajudar a integrar ensino e vida, conhecimento e ética, reflexão e ação, a ter uma visão de totalidade. Educar é ajudar a integrar todas as dimensões da vida, a encontrar o caminho emocional, o intelectual e o profissional para que a pessoa realize e contribua para modificar a sociedade onde vivemos. A avaliação do ensino permite verificar o aprendizado de conteúdos e habilidades. Os resultados da educação aparecem em longo prazo.

O termo EaD tem sido usado genericamente no decorrer dos anos, estendendo-se a um número de termos que não são sinônimos. Como foi visto, embora muitas vezes os termos educação a distância e ensino a distância são utilizados como sinônimos, apresentam diferenças consideráveis.

Nesta pesquisa, foi usada mais a expressão educação a distância do que ensino a distância, visto que, a maioria dos autores consultados utiliza-se do termo educação a distância. Além disso, a intenção é de conceituar e caracterizar a educação a distância e não a de avançar em discussões mais profundas.

A definição de EaD é essencial, pois esta é uma área de estudo que tem tido muita confusão a respeito da sua terminologia.

De acordo com Nunes (1994); Mastro (2003), a definição do termo EaD tem divergências no meio acadêmico. As primeiras abordagens conceituais qualificavam a educação a distância pelo que não era, pois estabeleciam uma comparação imediata da EaD com a educação presencial, também denominada educação convencional, direta ou face-a-face, onde o professor, presente em sala de aula, é a figura central. Até hoje, no Brasil, muitos tratam a EaD a partir da comparação com a modalidade presencial da educação. Esse comportamento não é incorreto, porém promove um entendimento parcial do que é EaD e, em alguns casos, estabelece termos de comparação pouco científicos.

A definição de EaD considerada por Keegan (1996) é a de um processo contínuo e cíclico, pois ao longo dos tempos, as instituições criaram e ampliaram várias definições. Desta forma, o conceito de EaD foi se desenvolvendo no contexto de várias instituições. Tais definições serão apresentadas em dois grupos: primeiras definições e definições recentes. Para conceituar EaD reportou-se a outros autores, apresentados em ordem cronológica, tais como:

- A primeira definição foi escolhida por G. Dohmen (1967), diretor do German Distance Institute (DIFF) em Tübingen. Educação/ensino a distância (*Ferstudium*) foi definido como uma forma de organização sistemática de auto-estudo onde o aluno se instrui por meio do material do estudo que lhe é apresentado, e seu acompanhamento e supervisão são realizados por professores, através de meios de comunicação capazes de alcançar

longas distâncias. O oposto da EaD era a educação direta ou educação face-a-face: um tipo de educação onde havia contato face-a-face entre professores e estudantes.

- O.Peters (1973) trabalhou na DIFF em Tubingen e na Fernuniversitat in Hagen. Ensino/educação a distância – *Fernunterricht* é um método racional de compartilhar conhecimentos, habilidades e atitudes, através da aplicação da divisão do trabalho e de princípios organizacionais, bem como pelo uso extensivo de meios de comunicação, especialmente para reproduzir materiais técnicos de alta qualidade, os quais tornam possível instruir um grande número de alunos ao mesmo tempo, enquanto esses materiais durarem. É uma forma industrializada de ensinar e aprender.
- M. Moore apresentou esta definição em 1973 e reapresentou com modificações em 1977: o termo EaD é definido como a família de métodos instrucionais onde as ações dos professores são executadas à parte das ações dos alunos, incluindo situações continuadas que podem ser feitas na presença dos alunos. A comunicação professor-aluno deve ser facilitada através de meios impressos, eletrônicos, mecânicos e outros.
- B. Holberg (1977) aplica o termo EaD a várias formas de estudo, de vários níveis, que não estão sob supervisão ininterrupta e imediata de tutores presentes com seus alunos nas salas de leitura ou no mesmo local; beneficia-se do planejamento, direção e instrução da organização do ensino.
- D. Garrison e D. Shale (1987): a EaD envolve dois caminhos de comunicação entre professor e estudante para propor e facilitar o processo educacional utilizando-se a tecnologia necessária para a mediação entre estes.
- B. Barker (1989): EaD baseia-se na telecomunicação acessível pela tecnologia sem limite de distância para correspondência entre os estudantes. A experiência de ensinar-aprender do professor e aluno ocorre simultaneamente para ambos. Quando é utilizada a

comunicação por áudio ou vídeo, há a oportunidade para o professor/estudante participar da sua casa ou de seu trabalho em tempo real, permitindo resposta imediata.

- M. Moore (1990): EaD é tudo planejado para instrução por meio impresso ou eletrônico para pessoas impedidas de estudar em um determinado lugar ou em tempo diferentes que o instrutor e instrutores, ou seja, participar de grupos fixados em um determinado lugar e tempo.
- P. Portway e C. Lane (1994): tecnologias telecomunicacionais a distância - o termo EaD refere-se a situações onde o instrutor e o aprendiz são separados geograficamente, por meio de aparelho eletrônico e/ou de material impresso.

Keegan (1996) propõe a adoção de educação a distância como um termo genérico que compreende uma série de estratégias educativas usadas em educação por correspondência, universidades abertas, departamentos a distância de colégios ou universidades convencionais e treinamentos a distância de uma equipe de empresas privadas. Este termo não é empregado somente para atender a estudantes de colégios e universidades de todo mundo, mas também para estudar em casa ou em seu trabalho.

É referenciada diferentemente em vários países: educação por correspondência no Reino Unido; estudo em casa (home study), nos Estados Unidos; estudos externos (external studies), na Austrália; ensino a distância, na Open University do Reino Unido; *enseignement* ou *formati3n à distance*, na França; *Fernstudium/Fernunterricht*, na Alemanha; *educaci3n a distancia*, nos países de língua espanhola e *istruzione a distanza*, na Itália (KEEGAN, 1996).

Na legislação brasileira a EaD é conceituada como:

Educação a Distância é uma forma de ensino que possibilita a auto-aprendizagem, com a mediação de recursos didáticos sistematicamente organizados, apresentados em diferentes suportes de informação, utilizados isoladamente ou combinados, e veiculados pelos diversos meios de comunicação (BRASIL, 1998).

Mais recentemente, tem-se ouvido falar em educação on-line e educação virtual em referência a EaD.

Define-se educação on-line como o conjunto de ações de ensino-aprendizagem desenvolvidas por meios telemáticos como a Internet, a videoconferência (é composta por mais de um centro receptor, podem ser vistos os alunos de uma ou várias salas; entre duas salas chama-se ponto-a-ponto e com várias salas denomina-se multiponto) e a teleconferência (comunicação audiovisual, normalmente por satélite, através de um centro produtor de imagens e de sons e de muitos possíveis centros de recepção, as telesalas, que permitem algum retorno, como e-mail, fax, telefone ou rádio). Abrange desde cursos totalmente virtuais, sem contato físico passando por cursos semipresenciais, até cursos presenciais com atividades complementares fora da sala de aula, pela Internet. Pode ser usada cada vez mais em situações amplas e diferentes de educação infantil até a pós-graduação, dos cursos regulares aos cursos corporativos (MORAN, 2003).

A esse respeito, diz-se que a definição de EaD é mais ampla do que o de educação on-line. Um curso por correspondência, por exemplo, é a distância e não on-line (MORAN, 2003).

Em relação ao virtual, que vem do latim medieval *virtualis*, originário de *virtus*, que significa força, potência, diz-se que é o que existe em potência e não em ato. O virtual se contrapõe ao atual e não ao real. O real se parece com o possível; enquanto que o atual não se parece com o virtual (LÉVY, 1996).

No dia-a-dia, tem-se a impressão de que o espaço virtual tem um significado negativo e isso pode decorrer da cultura ocidental, de ter dificuldade em lidar com o não visível.

De forma errônea, a noção de que virtual significa fictício, não atual, por vezes até irreal ainda é encontrada. O físico é o contrário de virtual, e nem por isso é menos real. A materialidade no ciberespaço não existe, a não ser sua base física dos computadores

interligados, sendo algo real, onde as pessoas podem se emocionar, odiar, amar, apresentar, fraudar, deturpar (DEMO; 2003).

Ao reinventar uma cultura, em permanente transitoriedade, o espaço virtual permite um particular tipo de relacionamento entre as pessoas e entre pessoas e as máquinas, gerando uma dinâmica e um modo de existência diferenciado do mundo real. No espaço virtual está ausente o registro do real, aquilo que não pode ser simbolizado. O real não pode ser conhecido, pois vai além do imaginário e do simbólico; distingue-se da realidade. A realidade seria a trajetória do real, ou seja, o real aparece como sendo o incognoscível e inassimilável (GOMEZ, 2002).

Há que se considerar algumas diferenças entre educação a distância (EaD) e educação virtual apresentadas no quadro abaixo.

Quadro 1 - Diferenças entre educação a distância e educação virtual

Diferenças	Educação a distância	Educação virtual
tecnologia em tempo síncrono	EaD usa principalmente, tecnologias assíncronas	educação virtual usa principalmente tecnologias síncronas
acesso	EaD proporciona cursos em qualquer tempo, lugar, independente do lugar que esteja os alunos ou um único aluno	educação virtual impõe muitos limites da educação convencional que requer dos estudantes o acesso virtual com dia e tempo fixados para estudarem em grupo
economia	a economia básica da EaD é que não é preciso construir e manter instituições e que a escala da economia alcançada não é possível no sistema convencional	educação virtual impõe muitas limitações dos sistemas convencionais
market	EaD é um mercado baseado principalmente na qualidade educacional da tecnologia assíncrona	embora no mundo tenha sido demonstrado que existe comércio para alunos utilizando-se a transmissão síncrona

Fonte: Keegan (1996)

Frente ao exposto, pode-se dizer que a maioria das definições de EaD apresentadas neste capítulo têm em comum o uso de meios de comunicação para facilitar o processo educacional através de meios impressos e/ou eletrônicos.

Como modalidade educativa, a EaD pode desenvolver-se em diversas e variadas formas de organização, estrutura e metodologia. Mas, apesar desta diversidade, todos os sistemas de educação a distância apresentam algumas características e componentes comuns.

A caracterização de um processo educacional como “a distância” consta dos seguintes elementos centrais (KEMBER; MURPHY, 1992; 1994; KEEGAN, 1996; GARCIA apud MASTRO, 2003):

- separação física de professor e aluno.
- enfoque tecnológico - entendido como o processo planejado dos elementos constituintes de maneira científica, sistemática e globalizada. Esta previsão (planejamento, sistematização, plano, projeto e organização) é indispensável a educação a distância e sofre influência da organização educacional; participação de uma forma industrializada de educação, potencialmente revolucionária.
- uso de meios técnicos de comunicação e outros meios para unir o professor ao aluno e transmitir os conteúdos educativos.
- a condição de comunicação bidirecional ou de mão-dupla - que se produz a partir das informações presente nos materiais de estudo e das atividades de aprendizagem (neste sentido se trata de um diálogo simulado). Porém, simultaneamente o participante tem a possibilidade de interatuar e iniciar um diálogo real com seus professores e tutores ou companheiros de estudo, podendo beneficiar-se da iniciativa no diálogo, para esclarecer possíveis dúvidas ou gerar novos significados sobre um tema ou sobre o desenvolvimento do processo de aprendizagem.
- aprendizagem independente e flexível - a educação a distância exige um controle voluntário (auto-disciplina) para a organização pessoal de tempo e de espaço dedicado ao estudo, o qual não responde estritamente as pautas institucionais predeterminadas. Esta situação requer do aluno o desenvolvimento da sua vontade e das habilidades para aprender a aprender de acordo com sua capacidade e suas condições das tarefas de aprendizagem, além da possibilidade de encontros ocasionais com propósitos didáticos e de socialização.

Neste contexto, Kember e Murphy (1992) descrevem quatro elementos característicos da EaD. O primeiro elemento está implícito na palavra distância (há outros tipos de distância que a puramente geográfica), e este é provavelmente o fator que a distingue de outros modelos educacionais. O objeto da EaD é de o professor ajudar o aluno aprender quando eles estão separados um do outro. O papel da EaD de providenciar, planejar e preparar os materiais educacionais e apoiar os estudantes, é ressaltado como o segundo elemento. O terceiro elemento descrito é o modo habitual usado para distribuir os materiais educativos. A comunicação bidirecional, o quarto elemento pode ser feito por e-mail, telefone, fax, satélite, computador ou reunião presencial. O modelo comum de estudar na EaD, o quinto elemento, é aquele que o estudante recebe materiais educacionais auto-instrutivos que contém tarefas para retornar ao professor. Uma vez submetida, é dada nota a tarefa pelo tutor e então retornada para o estudante.

No cenário educacional em que instrutor e alunos estão separados pelo tempo, posição, ou ambos os fatores, a EaD como forma alternativa para educação permanente, poderá ser oferecida de várias formas e com vários recursos: televisão, videocassete, ensino por correspondência, computadores e outros.

A classificação das formas de interação é feita a partir do tipo de comunicação que podem ocorrer na EaD que utiliza intensivamente as tecnologias da informação.

Desse modo, os cursos de educação à distância são levados a lugares remotos de forma síncrona ou assíncrona, incluindo correspondência escrita, texto, gráficos, áudio, fitas de vídeo, CD-ROM, formação na linha de áudio e videoconferência, televisão interativa e fax. A educação a distancia não exclui a aula tradicional.

Na modalidade assíncrona, a interação entre instrutores e alunos não ocorre on-line, ou seja, não acontece em tempo real. Um sistema síncrono é baseado na comunicação em tempo real (KEEGAN, 1996; VEIGA et al. s.d.).

No quadro abaixo é apresentada a classificação das formas de interação que permite comparar os diferentes tipos e natureza da comunicação.

Quadro 2 – Classificação das formas de interação

Tipo de Comunicação	Natureza da Comunicação	Suporte tecnológico
Um-para-Um	Síncrona	Telefone, fax, videofone, chat
Um-para-Um	Assíncrona	E-mail, transferência de arquivo, homepages
Um-para-Muitos	Síncrona	Transmissão direta via satélite com interação
Um-para-Muitos	Assíncrona	Listas de discussão, transferência de arquivo
Muitos-para-Muitos	Síncrona	Transmissão direta via satélite com interação
Muitos-para-Muitos	Assíncrona	Reuniões através do computador

Fonte: Veiga et al. (s.d.).

A seguir são apresentadas as desvantagens e vantagens dos dois modos de comunicação - assíncrono e síncrono. As desvantagens do modo assíncrono podem ser superadas por um sistema síncrono baseado na comunicação em tempo real. No entanto, as modalidades síncronas são mais caras, exigem tecnologia mais sofisticada, estão mais condicionadas ao desempenho do suporte tecnológico e podem ser menos flexíveis, devido à necessidade de interação on-line. Por isso, a maior parte dos sistemas de EaD atuais explora o modo assíncrono, embora exista uma tendência de se combinarem os dois sistemas de interação, buscando-se aumentar a produtividade do EaD.

Quadro 3- Vantagens do modo assíncrono e síncrono

Modo assíncrono	Modo síncrono
<p>Flexibilidade – o acesso ao material didático, especialmente na Internet, pode ser feito em qualquer horário, dia da semana e de qualquer lugar. Tempo para reflexão – tanto o instrutor quanto os participantes têm a oportunidade de amadurecer mais as idéias e consultar fontes antecipadamente, favorecendo o preparo para discussões mais produtivas.</p> <p>Aprendizado “local” – como a tecnologia possibilita o acesso através da casa ou do trabalho, o aprendiz pode mais facilmente integrar as idéias ao seu ambiente de atuação.</p> <p>Custo mais razoável – sistemas assíncronos baseados em texto exigem pequena largura de banda e computadores menos sofisticados, facilitando o acesso global e reduzindo custos.</p>	<p>Motivação – sistemas síncronos enfatizam a sinergia do grupo, motivando os participantes a se manterem nos grupos e continuarem os estudos.</p> <p>Telepresença – o clima estabelecido pela interação em tempo real favorece o desenvolvimento de uma maior coesão no grupo e um sentimento por parte do aprendiz de estar fazendo parte de uma “comunidade de aprendizes”.</p> <p>Bom feedback – favorece um rápido feedback e o alcance de consenso no grupo.</p> <p>Melhor acompanhamento – encoraja os alunos a se manterem atualizados com o curso e favorecem uma disciplina para o aprendizado, ajudando-os a priorizarem seus estudos.</p>

Fonte: Veiga et al. (s.d.).

Enfim, talvez, o elemento determinante que permanece como característico da modalidade a distância seja a assincronicidade do diálogo, da transmissão de informação e de conhecimento (MASTRO, 2003).

3.2 EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA: EVOLUÇÃO E TENDÊNCIAS

Historicamente, a EaD pode ser dividida em quatro gerações. Teve início com uma primeira geração na forma de textos impressos ou manuscritos; depois surgiu a segunda fase na forma televisionada e de áudio. A terceira deu-se com o uso da multimídia (texto, vídeo e áudio). A quarta geração é que será focada e refere-se ao ambiente colaborativo, com as modalidades de EaD síncronas e assíncronas, por videoconferência, correio eletrônico, bibliotecas eletrônicas, CD-ROM, Internet. Desta forma, a EaD é denominada e-learning e

atualmente está sendo muito utilizada em ambientes virtuais mediados por computador (KEEGAN, 1996).

A EaD durante a maior parte de sua história deu-se por meio de livros e da correspondência postal, seguido do rádio e da televisão, até chegar, nos dias de hoje, aos recursos da informática e da telemática.

O meio mais comum de EaD utilizado na maior parte da história foi à correspondência. Isso aconteceu em meados do século dezenove, quando educadores de diversos países começaram a utilizar o sistema de correios para se comunicarem com aprendizes distantes (LANGHI, 1998).

O crescimento da EaD não seria possível sem o desenvolvimento da tecnologia, especialmente em transporte e comunicação associados à revolução industrial (KEEGAN, 1996).

A campanha que já dura mais que duas décadas e meia, em favor da EP, foi vantajosa em vários sentidos para o desenvolvimento do ensino a distância. Pois ao transformar uma mentalidade profundamente enraizada em relação às funções da educação e da aprendizagem e ao levar ao conhecimento dos políticos, do mundo especializado e do público em geral relativamente interessado as novas concepções e os novos posicionamentos, preparou-se o ambiente para a aceitação das universidades nas décadas de 70 e 80. Criou-se outro clima na forma de pensar, alguns tabus perderam força, cresceu a disposição para tentar novas experiências. Em consequência disso, teve início o minimizar da resistência ao ensino a distância. (PETERS, 2001).

Ainda o mesmo, explica a afinidade entre ensino a distância e EP e a razão unificadora da relação entre estes está na exigência de uma valorização do estudo na idade adulta, já não se trata mais de visões, planos e propósitos, mas, sim, de uma prática que já dura cerca de 25 anos, que em alguns foi atendida pelo ensino a distância e tem garantias institucionais. além

disso, em muitos países, as universidades a distância já completam o panorama universitário e, por conseguinte, transformaram-no sentido da aprendizagem permanente.

O ensino a distância corresponde à exigência da criação de formas alternativas adicionais de estudo. Comparativamente em relação ao ensino com presença, ele pode ser considerado inclusive como alternativa por excelência e como contribuição para a inovação do sistema educacional.

A EaD já tem história, mas só agora vive seu apogeu com o advento da Internet. Até os dias de hoje, mesmo que ainda predominem os meios tradicionais (o impresso via correio, o rádio e a TV), provavelmente seu futuro promissor é on-line.

Segundo Silva (2003), a EaD on-line é pedido urgente da cibercultura, isto é, do conjunto imbricado de técnicas, práticas, atitudes, modos de pensamento e valores que se desenvolvem juntamente com o crescimento do ciberespaço, isto é, do novo ambiente de comunicação que surge com a interconexão mundial de computadores e das memórias de computadores; principal suporte de trocas e de memória da humanidade a partir do século XXI; novo espaço de comunicação, de sociabilidade, de organização, de informação, de conhecimento e, claro, de educação.

Independente da forma de organização dessa nova linguagem, o mais importante é aproveitar as riquezas desta linguagem e ampliar as possibilidades de construção de conhecimento da educação formal, a partir do aproveitamento desse potencial (NOVAES; ALVES, 2003).

Langhi (1998) afirma que a EaD tem um potencial estratégico imenso, pois é dotada de um poder de divulgação e expansão que permite a produção de materiais de educação, cultura e instrução a uma numerosa população. Essa modalidade de ensino é um excelente recurso para desenvolver a educação e a cidadania, principalmente em países com grande extensão territorial, como é o caso do Brasil.

O século XX foi um período de transformações tecnológicas, ainda mais relevantes para o domínio das tecnologias imagéticas e para as formas de organização da sociedade como um todo. Essas transformações tecnológicas referentes ao desenvolvimento da informática são chamadas de revolução digital. Com o advento desse processo surgiu uma nova escrita que incorpora e transforma as características de linguagem alfabética, das linguagens imagéticas clássicas (da pintura à televisão), dos meios sonoros e da comunicação corporal. É baseada na hibridização das tecnologias e na convergência das mídias; essa nova linguagem, cujos parâmetros e modelos ainda não estão definidos é chamada de ciberescrita; também tem sido designada de hipermídia. A conectividade, a hipertextualidade e a interatividade encontram-se no centro de formação dessa nova linguagem (LÉVY, 1999).

Encontra-se uma variedade de ofertas de curso on-line com ou sem a Internet. Porém, Moran (2003) afirma que a Internet é a novidade e a mídia mais promissora pela variedade de possibilidades que combinam custos, flexibilidade e interação. As instituições utilizam cada vez mais a Internet de modo parcial ou complementar.

Conforme Langhi (1998), a sociedade do século XXI é a da informação. Tecnologias da informação e da comunicação são muito importantes para atender reais necessidades. Certas profissões requerem atualizações constantes, com formação profissional que atenda à demanda de uma economia globalizada e a EaD é adequada para isso.

Embora a tendência seja de que os programas de EaD cada vez mais se concentrem no desenvolvimento via Internet e, conseqüentemente, na utilização de ferramentas disponíveis nos computadores modernos e seus softwares, é preciso pensar na utilização conjugada de meios, tais como: hipertexto, vídeo, animações, áudio, produção gráfica etc., garantindo a participação de um número maior de pessoas possível, independente de sua posse ou domínio da mídia eletrônica, mas também devido à riqueza de elementos possíveis de serem utilizados. Apesar de todos esses recursos, tradicionalmente os cursos à distância têm se utilizado da

mídia gráfica (material impresso) que tem como característica a pouca interatividade que provoca, sendo útil muito mais para leitura do que para o estudo do material. Isto não reduz sua necessidade e importância, pois na verdade, para grande parte da população, ainda é e talvez seja por um bom tempo a mídia mais adequada ao desenvolvimento de atividades a distância. Evidentemente que a sua produção deve considerar a necessidade de dialogicidade, bem como de se constituir em material motivador do estudo, daí o tratamento do material a partir de uma linguagem comunicacional moderna, que instigue o indivíduo à pesquisa para além do material em questão (BELISÁRIO, 2003).

Ainda encontra-se a utilização do texto impresso como principal mídia e a Internet como mídia complementar. Isso se deve a dificuldade de acesso pela Internet de banda estreita, sendo a mais comum no Brasil. Há cursos que acrescentam CD ou vídeo como mídias complementares, principalmente para materiais audiovisuais. Essa combinação de mídia se deve ao tamanho de um país como o Brasil e pelas suas desigualdades sociais acentuadas.

Dessa forma, a implantação das mais novas tecnologias na EaD parece não ser algo simples, barato, e que uma maioria têm acesso.

A idéia de que os investimentos para o desenvolvimento e uso da EaD são pequenos é falsa. São necessários altos investimentos. Existem, sim, vantagens econômicas na utilização de tais recursos (custo/benefício). A relação custo/benefício é alta quando o público que tem acesso ao sistema dispõe de computador e acesso à Internet. Do contrário, o custo benefício alto limita-se ao provedor de serviço, pois este transfere parte do custo ao usuário final (acesso ao computador e à Internet). Contudo, as questões de natureza econômica entre o que é ideal e o que pode ser feito, devem ser repensadas (LANGHI, 1998).

É salientada a resistência social com relação aos avanços tecnológicos, sobretudo daqueles que ainda não se encontram sintonizados com as tecnologias digitais. Diz-se que essa resistência é atribuída pela dificuldade prática de contato com as interfaces dessas

máquinas, visto que suas lógicas de funcionamento vão de encontro às práticas de aprendizagem desses sujeitos (NOVA; ALVES, 2003).

Ainda que exista alguma desconfiança sobre a EaD, em decorrência do preconceito ou da falsa idéia de que as atividades possam ter ocorrido em ambiente eticamente decaído ou academicamente insatisfatório, isso não constitui razão suficiente para manter essa desconfiança, não só porque a trajetória tecnológica não tem volta, mas sobretudo pela potencialidade infinitas que contempla (DEMO; 2003).

3.3 A EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA NA ENFERMAGEM

Até os dias de hoje, não tinha se ouvido falar tanto de novas tecnologias educacionais. O século XXI além de ser o século da relação deverá ser o século da informação. A internet trouxe uma revolução na comunicação. Desenvolveu-se dentro das universidades, podendo ser utilizada como uma ferramenta no processo de formação e divulgação de conhecimentos. Esse recurso tecnológico permite contatos interpessoais e acesso à informação em tempo real, quase sem limitações de tempo e espaço e pode ser aplicado tanto no ensino presencial quanto à distância.

A informática além de fazer parte da vida profissional do contexto da sociedade contemporânea também incita as pessoas a se adaptarem e a fazer uso das novas tecnologias na vida pessoal (PERES, 2001).

Moran (2000) pontua que a exemplo do que acontece com as demais organizações, o campo da educação está pressionado por mudanças.

Pode-se considerar que os indivíduos da sociedade do século XXI necessitam não apenas de uma formação que os habilite a ler e escrever por meio de algarismos, mas também a compreender as formas de comunicação audiovisuais, assim como a produzir sentimentos por meio de imagens e sons. Portanto, é preciso, que os audiovisuais sejam incorporados na educação formal e não-formal do homem do novo milênio. Trazer o audiovisual para o domínio da educação é, portanto, necessidade mais que urgente. O conhecimento do mundo majoritariamente pelas novas gerações por vias audiovisuais já é um fato quase incontestável (NOVA; ALVES, 2003).

Segundo Lamêgo (2002), o grande desafio do e-learning é transportar para o ensino a distância a possibilidade dos cinco sentidos do homem: tato, audição, paladar, visão e olfato, pois estes são fundamentais na relação entre alunos e professores em uma aula presencial. O ensino virtual sem esses elementos estabelece um desafio ao educador, que têm a sua disposição um ambiente coletivo de aprendizagem, focado na comunidade, e que possibilita a interação e troca de experiências entre os participantes, além da permissão para a não linearidade na transmissão do conteúdo.

Diante do contexto atual, o ensino na era da informática é um desafio indispensável ao processo ensino-aprendizagem. A informática é a área do conhecimento que abrange computadores, softwares, programação, realidade virtual, videogames e tudo o que está relacionado a computadores. O uso de novas ferramentas de ensino, como o computador, os recursos audiovisuais, a Internet e o ensino a distância podem ser facilitadores deste processo (CASSIANI, 2004; GENNARI, 2001).

O computador é considerado a última grande mídia, ainda em estágio inicial, mas extremamente poderosa para o ensino e aprendizagem. Através da Internet pode modificar mais facilmente a forma de ensinar e aprender tanto nos cursos presenciais como nos cursos a distância (MORAN et al., 2003).

O desenvolvimento de atividades interativas é a grande contribuição que a internet traz para a EaD, até então restritas a simples troca de correspondência ou, eventualmente ao comparecimento a poucos encontros presenciais, possibilitando a saída do paradigma da escola tradicional para a escola virtual (BELISÁRIO, 2003).

Sendo assim, através da interatividade é que esse paradigma pode ser modificado e isso envolve a mudança do esquema clássico de comunicação.

Os fundamentos da interatividade são basicamente três: participação-intervenção, onde refere que participar não é apenas responder sim ou não ou escolher uma opção dada, mas também modificar a mensagem; bidirecionalidade-hibridação, onde a comunicação é produção conjunta da emissão e da recepção, é co-criação, os dois pólos codificam e decodificam (SILVA apud BELISÁRIO, 2003).

Os caminhos podem ser diversos, mas dependerão da situação concreta em que o professor se encontrar: tecnologias disponíveis, quantidade de aulas que o professor dá por semana, apoio institucional e números de alunos. Também dependerá de algo fundamental para o desenvolvimento de um curso a distância ou presencial: a empatia, devendo ser estabelecida desde o início, procurando conhecê-los, fazendo um mapeamento de seus interesses, formação e perspectivas futuras (MORAN et al., 2003).

A este respeito, a revolução tecnológica deve reunir setores da sociedade que nem sempre caminham juntos: educadores, universidade pública e privada, empresas e governo.

A falta de política institucional de informática e a falta de capacitação tecnológica permeiam os docentes de enfermagem, vivenciando um conflito entre possibilidades e dificuldades na realização de projetos de inserção da informática no ensino. A construção de competências docentes para a efetiva inclusão da informática no ensino, deve contemplar políticas institucionais pró-ativas de valorização do ensino e do desenvolvimento tecnológicos dos docentes aderentes à sociedade contemporânea (PERES, 2001).

Ainda o autor citado acima afirma ser imprescindível a realização da capacitação tecnológica do docente de enfermagem objetivando o aprender a usar, na prática docente, computador, videoconferências, teleconferências, CD-ROM, Internet e a lidar com programas e softwares educativos, criando possibilidades de gerar conteúdos curriculares, por meio das diferentes tecnologias.

Desse modo, entende-se que a informática deve ser incorporada desde o ensino fundamental.

O contato dos alunos com o computador desde as séries iniciais é fundamental, visando a adequada combinação de conceitos teóricos e a utilização constante de computadores pode ser o meio mais eficaz para a formação científica do aluno, assim como pode auxiliá-lo nos primeiros passos para a dura competição do mercado de trabalho nos dias de hoje (GUELLI, 2004).

No entanto, ao contextualizar a realidade das escolas públicas brasileiras de nível fundamental e médio, assim como de sua população, esbarra-se na questão da inclusão/exclusão digital. Além disso, nos últimos anos, com os aumentos das tarifas de telecomunicações, o custo das transmissões subiu significativamente. Isso tem colaborado para a baixa democratização de tecnologia, em especial da informática e do uso da Internet.

A capilaridade da tecnologia ainda é um problema, ou seja, a tecnologia de comunicação de alta velocidade ainda não está espalhada no país todo, ficando concentrada nos grandes centros atingindo uma minoria.

Assim sendo, os alunos que não iniciaram ou não tiveram eficácia no contato com a informática no ensino fundamental e médio (principalmente, os de formação fundamental e média nas escolas públicas) chegam na graduação praticamente sem contato com a informática. Isso evidencia a necessidade de providenciar o contato dos mesmos com a

informática, enquanto recurso tecnológico na graduação e posteriormente, na prática profissional.

Nesse sentido, depreende-se a necessidade de inserir diversas tecnologias da informação e da comunicação na formação de enfermeiros e de outros profissionais de saúde. Para que estes sejam preparados frente aos desafios tecnológicos na assistência à saúde, na gestão e na definição de referências éticas e científicas, priorizando o relacionamento interpessoal que acontece especialmente no trabalho de enfermagem (PERES, 2001).

Nos dias de hoje, após a graduação, em tempos de muita informação e mudanças de forma rápida e contínua, a atualização dos profissionais de saúde precisa ser contínua e permanente. A formação e a educação permanente estão entre as exigências que o capitalismo impõe à sociedade.

Além disso, em razão do processo de trabalho coletivo da enfermagem, é importante para o professor/ educador de enfermagem aprender e ensinar em ambientes virtuais considerando a relação humana.

Como já visto em outras épocas, Moran (2003) refere que é importante lembrar que há uma expectativa de que as novas tecnologias tragam soluções rápidas para o ensino. Sem dúvida, as tecnologias permitem ampliar o conceito de aula, de espaço e tempo, de comunicação audiovisual, e estabelecer novas pontes entre o presencial e o virtual, entre o estar juntos e o estar conectados a distância, mas ensinar não depende só de tecnologias. Elas são importantes, mas não resolvem as questões de ensinar e aprender; considerados os maiores desafios encontrados em todas as épocas e particularmente agora em que a humanidade está pressionada pela transição do modelo de gestão industrial para o da informação e do conhecimento.

As universidades utilizam-se cada vez mais dessa nova tecnologia, com o desenvolvimento de cursos on-line em vários níveis, incluindo a pós-graduação (LEMOS; SOUZA; SCHIRMBECK, 2004).

Dias (2003) acredita que na pós-graduação o ambiente digital tem maiores possibilidades de sucesso, visto que os alunos já são mais maduros e auto centrados, com maiores chances de se engajarem ativamente em atividades de aprendizagem. De modo geral, a pós-graduação reúne alunos de diferentes locais e a Internet pode flexibilizar e aproximar alunos que têm pouco tempo ou não tem acesso a cursos presenciais. Recomenda ainda, a realização de experiências utilizando as tecnologias de ambientes digitais em disciplinas de pós-graduação.

O docente da graduação em enfermagem em relação à informática foi caracterizado por Peres (2001) como sendo aquele que exhibe diferentes graus de interesse pelas novas tecnologias e visualizam a inclusão da temática de informática na estrutura curricular com o objetivo de aprofundar o conhecimento tecnológico aplicado no gerenciamento, ensino, pesquisa e assistência de enfermagem.

Sendo assim, a EaD vem se disseminando na enfermagem como uma nova modalidade de aprendizagem, sem limitar tempo e lugar, compreendendo um novo caminho, novas atitudes e novos enfoques metodológicos.

Hoje as instituições perceberam que EaD de qualidade é cara, principalmente na fase de implantação, e que há poucas pessoas com experiência sólida na área. É positivo o aumento de mestrandos e doutorandos nesta modalidade educacional. Assim como foi positiva a portaria 2253 do Ministério da Educação que trouxe para o presencial as metodologias de EaD. O ensino de qualidade é um processo longo, caro e menos lucrativo do que as instituições estão acostumadas. Um dos desafios de ensinar e educar com qualidade é que hoje existe uma maior preocupação com ensino de qualidade mais do que com educação

de qualidade. O uso das novas tecnologias não garante a “nova educação” (valorização da interação e a troca de informações entre educador e aluno com estímulo a criatividade do estudante). Não basta introduzir novas tecnologias, é preciso atentar-se como estas são disponibilizadas, tomando o cuidado para que seu uso não reforce as estruturas existentes em vez de desafiá-las (MORAN, 2003).

Para Moran et al. (2003) ensinar e aprender exige muito mais flexibilidade espaço-tempo, pessoal e de grupo, menos conteúdos fixos e processos mais abertos de pesquisa e de comunicação. Ao mesmo tempo, se defronta com a dificuldade de conciliar a extensão da informação, a variedade da fonte de acesso, com o aprofundamento da sua compreensão, em espaços menos rígidos, menos engessados. Tem informações demais e dificuldade em escolher quais são significativas e em conseguir integrá-las dentro da mente e da vida das pessoas.

Curiosamente, a Internet e todo sistema de tecnologia de informação criou um outro problema: o de excesso de informação. Portanto, uma das dificuldades atuais consiste em desenvolver meios complementares para selecionar e filtrar aquilo de que se necessita. Da ótica educacional, isto implica na necessidade de se desenvolver nos indivíduos (aprendizes e educadores) habilidades de uso destes meios, bem como serem capazes de identificar, entre tantas possibilidades, aquela que realmente são de seu interesse.

A aquisição da informação, dos dados, dependerá cada vez menos do professor. As tecnologias podem trazer, hoje, dados, imagens, resumos de forma rápida e atraente. O papel principal do professor é ajudar o aluno a interpretar esses dados, a relacioná-los, a contextualizá-los.

Com a implementação cada vez maior de cursos a distância no mundo, tem-se assistido uma transformação do professor em “conteudista” e/ou “tutor”, levando-o a exercer um papel distinto do tradicional, onde atua como uma espécie de repositório e repassador de

conhecimentos. O papel conteudista se refere a atuar como “orientador” ou “facilitador” do processo educacional orientando e incentivando a busca de soluções e a produção dos estudantes, assumindo um papel de parceiro na construção do conhecimento (BELISÁRIO, 2003).

De acordo com Cerceau (1998) o curso a distância exige um domínio maior do assunto por parte do professor/instrutor. O acompanhamento de cada aluno exige bastante trabalho por parte do professor, tornando difícil um único professor atender eficientemente a vários alunos à distância. Pois, a possibilidade de contato constante permite um acompanhamento eficaz a vários alunos à distância.

O curso a distância está permitindo uma reorganização do meio de ensino/aprendizagem. Enquanto no sistema educacional presencial o “professor” está em contato direto com o educando, no sistema a distância tal relação não se faz mais necessária. Portanto, o professor pode ser o mentor e construtor do conteúdo, o qual é repassado a tutores na forma de treinamento, e estes, efetivamente fazem o atendimento ao aluno, ficando o professor como uma área de retaguarda.

O papel do professor/tutor pode envolver desde o desenvolvimento de materiais didáticos para o curso, mas pode também ser o tutor ajudando os estudantes com materiais desenvolvidos por outras pessoas. É possível que o tutor não conhecendo o plano do curso desenvolvido encontre dificuldades. Neste caso, é preciso orientação acerca do material específico usualmente preparado para ser usado pelo tutor (KEMBER; MURPHY, 1992).

É ressaltado que o papel do tutor é o de apreciar e compreender as dificuldades dos estudantes, com atendimento individual aos mesmos. Os cursos de EaD tem sido planejados com atividades específicas do tutor são enumeradas a seguir: trabalho através de problemas e exercícios específicos; trabalho prático; discussão de tópicos específicos; acompanhamento da apresentação de seminários pelos estudantes da classe em discussão; análise de estudos de

caso; debates de temas específicos; demonstrações; uso de computadores; apresentação audiovisual.

A relação estabelecida entre aluno e professor é imprescindível para o sucesso pedagógico, visto que, os alunos captam não somente se o professor gosta de ensinar, mas principalmente se gosta deles e isso facilita sua prontidão para aprender, assim como, motivá-los para aprender, para avançar, para a importância da sua participação, para o processo de aula-pesquisa e para as tecnologias que iremos usar entre elas o computador e a Internet. O relacionamento interpessoal entre professor/aluno deve preceder qualquer tecnologia e permear todo o processo educacional para a eficácia do mesmo (MORAN et al., 2003).

A tecnologia não substitui, mas pode mediar, a relação entre as pessoas e a mesma não substitui a tecnologia. Ambas podem e devem ter espaço dentro do processo educacional, porque colaboram para o sucesso desse processo.

O ambiente virtual é produzido pelo homem a fim de proporcionar diferentes graus de liberdade ou controle, fornecendo espaços para explorar, expressar, comunicar idéias, passar informações e conseqüentemente produzir conhecimento. É através de um ambiente virtual que um curso a distância pode ser acessado, informações e ferramentas são disponibilizadas na tela do computador, incorporando uma série de recursos, despertando a comunicação e a interação entre as pessoas.

Alguns ambientes virtuais foram produzidos no Brasil, como o TelEduc da UNICAMP de Campinas-SP, o CoL da Universidade de São Paulo, e no exterior, o WebCT do Canadá, entre outros.

Estes ambientes virtuais (podemos chamar também de ambientes de educação a distância) permitem que o professor disponibilize o seu curso, oriente as atividades dos alunos, e que estes criem suas páginas, participem de pesquisas em grupo, discutam assuntos em fóruns ou chats. O curso pode ser construído aos poucos, as interações ficam registradas,

as entradas e saídas dos alunos monitoradas. O papel do professor é ampliado significativamente. Ocorre a transformação do professor-informador, que dita conteúdo, transforma-se em orientador de aprendizagem, em gerenciador de pesquisa e comunicação, dentro e fora da sala de aula, de um processo que caminha para ser semipresencial, aproveitando o melhor do que podemos fazer na sala de aula e no ambiente virtual (MORAN et al., 2003).

Esse ambiente pode oferecer ao professor uma visão pedagógica inovadora e aberta, que pressupõe a participação dos alunos e a oportunidade de utilizar ferramentas simples da Internet para melhorar a interação presencial-virtual entre todos.

Um exemplo de um ambiente para educação a distância de funcionamento simples, podendo ser utilizado por profissionais com pouco conhecimento na área de informática é o TelEduc, uma plataforma criada pela UNICAMP de livre uso para instituições educacionais.

O TelEduc em razão de apresentar tais características foi escolhido para futuramente disponibilizar o curso sobre transtornos depressivos elaborado neste estudo.

3.4 O MATERIAL DIDÁTICO PARA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Para elaboração do material didático e a sua conversão em curso a distância, o professor deve planejar e estruturar o curso idealizado, orientando-se por meio de preceitos pedagógicos.

Um curso é um conjunto de lições ou aulas com uma organização definida, onde cada lição não tem porque ter todos os aspectos da metodologia do curso. Por exemplo, pode ser

que em uma aula seja necessário apresentar determinadas mídias e em outra não (GONZALEZ; RUGGIERO, 1999).

Na EaD, a organização do espaço pedagógico muda, pois as aulas passam a ser lições, contidas no material didático. Ainda que estas estejam organizadas em certa ordem, o aluno não está física e temporalmente atado àquela seqüência ou ritmo de estudo, como se daria em uma educação presencial, com lições estruturadas em aulas. As aulas em EaD estão organizadas dentro de um espaço pedagógico chamado material didático. Com isso, pode haver maior flexibilidade para que cada aluno planeje seus estudos sem estar condicionado a uma estrutura seqüencialmente presa aos parâmetros da presencialidade (NEDER, 2001).

Mastro (2003) refere que o contato com o material didático pelo aluno é o primeiro nível de interação, que se produz por diferentes meios (impresso, rádio, TV, computador, etc.).

O meio impresso é o mais antigo e comumente utilizado, que por sua vez compreende distintos materiais como as unidades didáticas, os textos, o guia didático, o guia de trabalho em campo, entre outros. O material impresso propicia o conhecimento do conteúdo através da leitura pessoal e do desenvolvimento de atividades de compreensão ou extensão de diversa natureza.

Tais meios cumprem a função de ferramenta de mediação entre os conteúdos e a aprendizagem dos alunos.

Os materiais didáticos para a EaD têm a finalidade de conduzir didaticamente o aprendizado do estudante com êxito baseado em objetivos e competências determinadas, sem a participação simultânea no espaço e tempo do professor. Devem permitir a interação do estudante de forma individual com o conteúdo, mas não no sentido tradicional de um livro de texto, e sim como complemento do trabalho do professor (MASTRO, 2003).

O material não faz por si mesmo, sem que o próprio estudante, ao interagir, construa seus conhecimentos e significados, necessita de acompanhamento e apoio efetivo do material para que o estudante não corra o risco de cair no vazio.

Nesse sentido, Kaplún apud Mastro (2003) diferencia a auto-aprendizagem autônoma da aprendizagem guiada. O primeiro termo se refere ao estudante autodidata, que seleciona o material de aprendizagem e estuda sem apoio externo. Já o segundo termo se refere ao material preparado exclusivamente para guiar e orientar a auto-aprendizagem, sem a ajuda presencial permanente de um professor.

Assim, na EaD busca-se desenvolver nos alunos a capacidade de realizar uma auto-aprendizagem por meio de materiais educativos que cumpram a dupla missão de entregar os conteúdos proporcionando a informação necessária para o estudante acerca de determinado conhecimento e ao mesmo tempo favorecer a iniciativa e exploração pessoal, através de atividades de busca e momentos de reflexão pessoal ou grupal. Na prática as duas funções se dão juntas e favorecem a atribuição de significados e a construção de conhecimentos no estudante.

Antes de iniciar a elaboração de qualquer projeto de educação on-line (a construção do material didático se encontra neste contexto) existem alguns pontos essenciais que se forem inobservados, provavelmente colaborarão para a ineficácia do mesmo. Azevedo (2003) aborda alguns pontos essenciais na elaboração de qualquer projeto de educação on-line, como:

- não ignorar a história – não se pode esquecer que a EaD existe há bem mais que dois ou três anos, quando o termo educação on-line começou a ser mais popular; não ignore o que foi escrito sobre o assunto antes de 2000;
- gastar o mínimo de tempo, energia e recursos com tecnologia – no processo de preparo de um curso ou programa on-line a escolha dos recursos tecnológicos não deve ser iniciada pela complexidade, sofisticação e estado da arte em matéria de tecnologia, e sim pela

usabilidade, facilidade, adequação ao público e necessidades do público. Pois, alguns preferem escolher o que for mais complexo, mais sofisticado, e, conseqüentemente, o mais caro possível, sem antes pensar em qualquer outra coisa;

- os aspectos pedagógicos do curso são fundamentais e precisam ser sempre considerados como os objetivos da aprendizagem, perfil do público-alvo, estratégias de ensino etc. - o curso deve concentrar-se principalmente nos aspectos pedagógicos para depois pensar nos aspectos tecnológicos. Existem tecnologias mais simples e menos dispendiosas (mas muito eficazes para a aprendizagem) em relação às tecnologias mais complexas e sofisticadas;
- pensar nos objetivos, antes de pensar nos recursos tecnológicos – é preciso perguntar-se quais objetivos são mais adequados para atingir os objetivos desejados e não onde posso aplicar este recurso fantástico de que tanto gosto. Estabeleça como alvo os objetivos a serem atingidos e não sua própria expansão criativa. Manter sempre em mente os objetivos. Procurar aplicar os recursos tecnológicos de acordo com a adequação e necessidade. É importante considerar a realização de todos os envolvidos: alunos, instituição e professor/tutor;
- nunca acreditar em educação sem professor – manter sempre a valorização dos recursos humanos. Para isso, não faça economia em recursos humanos. Ficar atento para que não se gaste com tecnologia mais do que se gastaria com gente;
- observar atentamente a adaptação técnico-operacional de alunos e professores ao ambiente on-line – não acredite que aprender on-line envolve apenas e tão-somente operar com destreza equipamentos e programas. O fato do aluno e professor aprenderem a clicar no lugar certo da tela, não é suficiente para o acompanhamento de um curso on-line;
- professores e alunos devem ser preparados pedagogicamente para o ambiente on-line – é necessária uma capacitação ou formação pedagógica específica para educação on-line.

Não basta oferecer um treinamento de poucas horas sobre como usar a ferramenta de *software* como a primeira e mais importante tarefa inicial em seu preparo do curso. O mesmo deve ser feito com os alunos, ou seja, devem ser preparados psicopedagogicamente para o ambiente virtual. Não acredite que saber operar um browser é suficiente para considerar-se apto a fazer um curso on-line;

- não ignorar o potencial da interação coletiva assíncrona em modo texto – prepare seu curso de modo que o aluno não fique o tempo todo sozinho diante de um conteúdo, com pouco texto e muitos recursos multimídia para “enfeitar” e “tornar mais divertido” o curso. Não acredite que oferecendo animação, filmes, música, narração e pouco texto a atenção dos alunos será atraída e mantida. Não espere que o aluno tenha iniciativa de procurar o professor no plantão de atendimento de dúvidas. Não ignore o que seja interação coletiva assíncrona em modo texto. A desconsideração desses aspectos pode ser suficiente para garantir o fracasso de uma iniciativa.

No desenvolvimento de programas de EaD são identificados diversos problemas, entre estes, um dos mais importantes é o que diz respeito à produção do material didático. Pois, a análise das propostas encontradas nos sites das universidades demonstra a fragilidade do material didático encontrado, via de regra, encontra-se simples tutoriais ou apostilas disponibilizadas eletronicamente, ou ainda mera sugestões de leitura ou propostas de realização de exercícios preparatórios para a realização de provas visando a superação de alguns patamares de aprendizagem (BELISÁRIO, 2003).

Nesse sentido, Langhi (1998) aponta que a EaD recebe críticas com relação a organização, planejamento, características e necessidades de aprendizagem dos alunos, desenvolvimento dos conteúdos e familiarização com os métodos de ensino. Uma alternativa para esta problemática seria planejar programas de treinamento intensivo que encorajem e habilitem profissionais de várias áreas em relação ao seu autodesenvolvimento.

Além disso, na tentativa de minimizar a problemática da produção de materiais didáticos e cursos para EaD é essencial que os educadores ao idealizar a criação de um curso a distância conheçam e se orientem quanto ao planejamento de um curso à distância. Visto que, um dos maiores desafios no desenvolvimento da educação a distância tem sido a produção de material didático capaz de provocar ou garantir a necessária interatividade do processo ensino-aprendizagem. Isso diz respeito ao desenvolvimento de atividades interativas, até então restritas à simples troca de correspondência ou, eventualmente, ao comparecimento a poucos encontros presenciais, que pode possibilitar o caminho para a escola virtual. Esta talvez seja a grande contribuição da EaD.

Belisário (2003) destaca que a interatividade é uma das características centrais de qualquer processo educacional, seja nas atividades educacionais presenciais ou a distância. No entanto, vem sendo relegada a um segundo plano, onde o professor e o aluno ainda têm assumido um papel pouco dinâmico, de transmissor de informações e o outro de receptor acrítico de informações. A importância do material didático no processo educacional é traduzida pela exigência desse apresentar-se numa linguagem dialógica, para que na ausência física do professor, que possa garantir um certo tom coloquial, reproduzindo mesmo, em alguns casos, uma conversa entre professor e aluno, tornando sua leitura leve e motivadora.

O discurso escrito traz maiores complexidades que o discurso oral, e na educação a distância o material didático (escrito) é peça fundamental no processo de ensino-aprendizagem, tornando importante o desenvolvimento de uma estrutura discursiva própria.

O material em hipertexto é a grande novidade na produção do material didático: a sua transformação para uma nova linguagem dos computadores com todas as perspectivas que ela apresenta: utilização de imagens em movimento, arquivos sonoros, possibilidade de se interagir com essas imagens (simulação de experimentos), realização de exercícios interativos (no corpo do material didático), possibilidade de intervenção de fato no material (construção

conjunta de textos), possibilidade de traçar caminhos diversos para a realização dos estudos etc (BELISÁRIO, 2003).

Como foi dito anteriormente, o ambiente em EaD é um dos grandes problemas, ainda muitas vezes é reduzido a um lugar onde se procuram textos, conteúdos. Um bom curso é mais do que conteúdo, também é pesquisa, é troca, é produção conjunta. Para suprir a menor necessidade ao vivo do professor, é importante ter materiais mais elaborados, mais auto-explicativos, com mais desdobramentos (links, textos de apoio, glossário, atividades.). Isso implica montar uma equipe interdisciplinar, com pessoas da área técnica e pedagógica, que saibam trabalhar juntas, cumprir prazos, dar contribuições significativas (MORAN, 2002).

Desse modo, o desenvolvimento de material didático vem exigindo das instituições de ensino a formação de grupos interdisciplinares (a equipe acadêmica deve incorporar profissionais de informática, particularmente os “novos” *web designers*, capazes de disponibilizar o material produzido em mídia eletrônica), assim como para a promoção de discussões sobre o tipo de linguagem a ser adotada na produção deste material (BELISÁRIO, 2003).

O desenvolvimento de cursos virtuais deve abarcar uma equipe de cursos onde trabalham docentes, tecnólogos em educação, especialistas em mídia, especialistas em testes, gráficos e um redator, desenvolvendo assim um curso sob responsabilidade coletiva (TEIXEIRA, 2000).

Gómez (2002) argumenta que a educação a distância, via Internet, requer mediação e designer específicos, amparados em princípios pedagógicos. O processo de produção de um roteiro não está dicotomizado da teoria pedagógica. Ambos estão juntos e não segmentados de modo implícito e explícito. É uma proposta ou caminho sustentado por uma teoria de aprendizagem. Na elaboração de um roteiro multimídia não há receitas prontas. Entre outros, exige-se muita leitura, análise e conceitos que estarão implícitos nele, pois o *designer* está

preocupado com o projeto e o porvir da educação. Isso quer dizer que o *designer* educacional, enquanto educador, tem a responsabilidade de coordenar as atividades de montagem do curso de educação na Internet, conjugando conhecimentos de pedagogia, informática, psicologia, comunicação, marketing, entre outros.

Alguns elementos novos de um grupo interdisciplinar para a criação de um curso a distância são descritos por Gómez (2002) no quadro 4.

Quadro 4 – Novos elementos de um grupo interdisciplinar de educação a distância

elementos de um grupo interdisciplinar de EaD	Descrição
Designer educativo	educador crítico, construtivo e contemporâneo de uma sociedade informatizada; é um profissional novo que sustenta sua proposta no projeto crítico de uma educação dialógica aberta, preocupada com o sentido da prática individual e coletiva do sujeito; planeja seu projeto com uma equipe multidisciplinar com profissionais de várias áreas: educadores, psicólogos, comunicadores sociais, webmaster, webdesigner, técnicos de informática, programadores, empresários, administradores. Tem como objetivo integrar saberes, necessidades, metas, interesses, objetivos, conteúdos, estratégias, mídias (ferramentas) e avaliações
storyboard ou roteiro construído coletivamente	é uma rota, um guia, que indica detalhes e pormenores, por isso deve ser escrito de uma maneira legível e claro e ao mesmo tempo, deve ser breve e deixar a noção daquilo que se pretende; nele, são apresentadas as telas, cada uma relacionando texto(s), desenhos(s), áudio(s), além de outras informações técnicas como efeitos visuais e sonoros; trata-se de um roteiro das animações ou desenhos, mas também de uma narrativa que envolve os diversos elementos sem fragmentar a proposta
layout	enunciado de um conteúdo a ser desenvolvido pelos participantes

Na EaD, para quem prepara o curso, há a propensão de se consumir maior quantidade de tempo do que num curso tradicional. A conversão do material já preparado para um novo formato e o próprio oferecimento do curso requer mais tempo e organização. Além disso, a capacitação de professores para o ensino a distância resulta do fato de que nem todo professor, no ensino presencial (ou tradicional), por mais qualificado que seja não possui normalmente os conhecimentos, habilidades e atitudes requeridas no ambiente do ensino virtual (TEIXEIRA, 2000).

Tratar da EaD não é tratar de algo isolado da educação em geral. O que se pode inferir é que o papel do professor como produtor de conhecimentos, mediador em diversos ambientes

de ensino-aprendizagem especialmente o virtual, é tão importante quanto complexo uma vez que além de detentor dos conteúdos e da metodologia é o principal responsável pela motivação diferenciada dos estudantes dispersos geograficamente.

Na transição para o uso da Internet como recurso de apoio para a educação é essencial que alunos e professores tenham uma preparação especial para participarem efetivamente em cursos on-line. Os educadores devem ser capacitados gradualmente sobre o uso da Internet como recurso de apoio para a educação a fim de entender este novo meio e fazer uso das possibilidades existentes.

Assim sendo, o ferramental pedagógico é prioritário no planejamento e implantação de cursos à distância mediados por computador.

Tal como em qualquer curso, o sucesso de um curso à distância mediado por computador, depende estrategicamente da identificação e priorização das suas características pedagógicas. Tais características devem ser explicitadas através de um projeto pedagógico elaborado, neste caso, em bases construtivistas bem determinadas. O projeto pedagógico é uma ferramenta basilar para a compreensão da filosofia de criação e de oferecimento de qualquer curso ou disciplina. Este não serve só para a documentação do curso, mas também, e principalmente, para estabelecer as diretrizes de como as aulas, trabalhos e avaliações devem ser elaborados, bem como os resultados a serem obtidos. Também serve como elemento determinante do percentual de presencialidade requerido para que o curso seja eficientemente desenvolvido, especialmente, nos cursos à distância (LOYOLLA; PRATES, 2002).

As propostas metodológicas que utilizam o computador e a Internet vão desde seguir algo pronto (tutorial), apoiar-se em algo semidesenhado para complementá-lo até criar algo diferente, sozinho ou com os outros (MORAN, 2003).

Existem softwares para desenho educacional que oferecem um conjunto de ferramentas para desenvolver diversas etapas do projeto, para montar o roteiro dos cursos e

realizar a avaliação na Web. Trata-se de um processo padronizado, porém a proposta pode ser relativamente orientada para situações dialógicas, podendo ser um processo mais ou menos lento e que aproveita a capacidade inventiva dos educadores para assegurar a educação permanente, independentemente da sofisticação do software (GÓMEZ, 2002).

Na área de tecnologia de sistemas instrucionais, da qual a EaD é apenas uma parte, tem-se por convenção que os projetos instrucionais devam ser baseados em três aspectos: a tarefa, o aluno e o contexto no qual a aprendizagem terá lugar. Por isso, esses três aspectos devem ser incluídos em qualquer exercício de projeto instrucional (LAASER, 1997).

O autor citado acima refere que o primeiro aspecto, ou seja, às características e as necessidades do aluno em programas de EaD, é essencial a sua determinação, pois alunos a distância estão separados de seus professores no tempo e no espaço. É pela identificação do aluno que programadores podem determinar as necessidades de aprendizagem do grupo-alvo em qualquer programa, assim como o conteúdo e a metodologia a serem utilizados. A idéia de que os alunos adultos têm certas necessidades psicossociais que não podem ser satisfeitas academicamente é aceita como um fato consumado. Entretanto, tais necessidades são importantes e deve ser levada em consideração ao se planejar uma experiência de aprendizagem; algumas delas são: necessidades de amabilidade e segurança; necessidade de reconhecimento; necessidade de novas experiências; necessidade de exercer liderança, tomar decisões e ter responsabilidades.

Além disso, é preciso saber sobre os dados biográficos dos alunos a distância, visto que, alunos a distância têm diversas formações e necessidades e vêm de variados grupos socioeconômicos. Basicamente, porém, tem interesse em dois conjuntos de características: psicológicas e sociais, que interagem de várias formas. Os educadores a distância devem, pelo menos, ser sensíveis àquilo que poderá ser útil saber a respeito dos alunos, ou seja, ter informações sobre as características de formação pessoal, possibilitando conhecer as

necessidades de cada indivíduo, de modo a planejar uma experiência de aprendizagem adequada para eles. Os dados pessoais incluem os seguintes: sexo; idade; estado civil; tamanho da família; condição social; recursos financeiros; condições de saúde; compromissos pessoais junto à família e à comunidade; ocupação, incluindo horários e padrões de trabalho; motivação pessoal (LAASER, 1997).

Recomenda-se também o conhecimento da formação educacional e os recursos para o estudo, de modo que os materiais possam ser preparados no nível adequado; conhecer os sucessos e fracassos anteriores dos estudantes. A maioria dos estudantes a distância são altamente motivados pelas seguintes razões: a maior parte deles têm emprego e acha conveniente estudar nas horas de folga; a chance de adquirir qualificações acadêmicas ou profissionais, mas mesmo que extremamente motivados, têm certas necessidades específicas. Existem alguns itens e conveniências de que necessitam para facilitar o estudo, tais como: um lugar tranquilo para estudar; correios e algum tipo de transporte próximo; acesso a uma biblioteca; as unidades do curso e os textos recomendados com as informações adicionais; livros de referência como um dicionário e um atlas; artigos de papelaria como papel, canetas, lápis e envelopes(LAASER, 1997).

Para a obtenção de informação de que precisa a respeito dos alunos, são feitas algumas recomendações por Laaser (1997) sobre onde e como se pode conseguir: cadastros de matrícula -pode ser encontrado um grande número de dados biográficos referentes a idade, sexo, estado civil e nível educacional; banco de dados, podem ser encontradas informações adicionais em planos de desenvolvimento, relatórios e censos estatísticos; entrevistas e debates, estes podem ser feitos de maneira informal quando os estudantes visitam a instituição, ou quando o pessoal vai a campo em visitas; avaliação contínua, que é feita de maneira regular durante o curso e deve ser feito uso sistemático dos comentários do

orientador nas tarefas do aluno; avaliação do curso é feita de tempo em tempo, o curso e seus materiais devem ser avaliados, sendo que questionários podem ser usados para esse propósito.

Desse modo, os cursos on-line podem favorecer a igualdade entre alunos com ritmos diferentes e a reflexão sobre o que estão lendo, decidir o que perguntar ou comentar para contribuir em uma discussão, fazer atividades, tudo em seu próprio tempo. No entanto, para que isto aconteça, é evidente que o curso precisa estar adequado à sua clientela, bem como ao seu contexto como foi exposto anteriormente.

Nesse sentido, Knox (1997) também faz algumas considerações sobre um projeto web site no que se refere ao estudante. Uma aula virtual deve possuir dois elementos essenciais: um ambiente (web site) e alguma ferramenta de discussão, onde ocorre a maior parte do ensino e aprendizagem. É utilizado para veicular o conteúdo e informações administrativas, para a criação e sustentação de uma comunidade virtual, disponibilizando conteúdo em um modo particular, com textos que proporcionam forte comunicação com e entre os participantes.

Ainda o mesmo destaca outros fatores importantes a ser levado em consideração num projeto web sites que são: o tempo dos alunos é escasso e valioso. O fato de se tratar de um curso que pode ser feito a qualquer hora (idéia de um curso), pode acabar criando a idéia de que tudo pode ser feito ao mesmo tempo. Para que isso não ocorra é recomendado a construção de um cronograma de aulas, com tópicos bem definidos e tarefas divididas por semanas. Além disso, a melhor forma de um site auxiliar na construção de uma comunidade virtual se dá proporcionando um conteúdo simples que forneça informações importantes para os participantes. Algumas recomendações para ajudar na compreensão: colocar uma página com a tabela de conteúdos; o mesmo layout em todas as páginas; colocar o texto da aula no topo e numeração de página (página x de y); quebrar o texto quando a página possuir mais que três parágrafos; fazer um hiperlink para figuras ou outras mídias e no material didático e

focar a atenção dos alunos em um tópico particular em cada aula, pois isso ajuda a criar a comunidade de aprendizes.

Os alunos de cursos on-line devem ter tempo de acesso suficiente para participar. De preferência, cada aluno deve ter um computador pessoal, moderno, caso contrário deverá usar o laboratório na escola ou no trabalho.

Assim, Silva (2001) recomenda alguns requisitos, ações e orientações técnicas para participação do aluno em curso on-line: requisitos – familiarizar-se com o ambiente e os softwares que serão utilizados no curso; garantir o acesso regular à rede; entender as expectativas dos formadores para as tarefas on-line; ações – acompanhar todo o material disponibilizado, analisar as questões que surgem, relacionar conceitos de leitura ou exemplos de experiências práticas para ilustrar pontos, enviar mensagens para os formadores e/ou colegas de curso, não se ater à fala de formadores, participar de discussões em pequenos grupos de trabalho; orientações para comunicação on-line (netiqueta) – usar primeiro nome ou apelidos para os participantes, responder prontamente às mensagens, usar frases de reforço (boa idéia; obrigada por sua sugestão), evitar hostilidades, não usar linguagem preconceituosa, exibir bom humor, promover cooperação, oferecer assistência e suporte para os participantes, compartilhar idéias, identificar mensagens usando palavras-chave que indiquem o conteúdo da mesma, elaborar mensagens objetivas, curtas e pontuais, pequenos problemas de digitação podem ser ignorados, apresentar o conteúdo on-line bem escrito e com boa formatação; orientações técnicas – organizar os arquivos por tópicos, indexados por palavras-chave, disponibilizar o material em outras mídias (papel, disquetes ou CDs) para atender aos que não possuem computador, oferecer apoio administrativo para os alunos on-line, proporcionar apoio técnico sobre o funcionamento do ambiente, utilizar os recursos do ambiente para facilitar a troca de informações entre os participantes.

A partir destas observações Belisário (2003) indica três aspectos fundamentais à produção de material didático para utilização em ambiente virtual, centrados nos conceitos de comunicabilidade e interatividade, em direção à construção de um referencial teórico que fundamente o paradigma, a saber: da estrutura, da navegabilidade e do discurso, a saber no quadro 5.

Quadro 5 – Aspectos fundamentais à produção do material didático em ambiente virtual

Estrutura		Navegabilidade	Discurso
Destaca-se aqui a produção de material em hipertexto, que apresenta grande adaptação às necessidades de comunicabilidade, com as possibilidades dos aspectos macro e micro		Ao considerar a utilização da mídia eletrônica como principal mudança na forma de apresentação dos textos,	na construção do discurso são consideradas duas principais
Aspectos macro	Aspectos micro	é preciso buscar a utilização	características
<p><u>Interativos</u> forma na qual a leitura seja entremeada pela realização de exercícios interativos, exemplos, vídeos, animações etc., na qual o estudante avança nos estudos à medida que vai superando etapas no processo de ensino-aprendizagem relativo à temática tratada</p> <p><u>Seqüencial</u> forma adequada a uma revisão total do texto, após o estudo interativo, onde o mesmo seja apresentado de modo direto, sem interrupções, permitindo uma “leitura corrida” e garantindo assim a coesividade do texto e das idéias nele expostas e discutidas</p> <p><u>Seletiva</u> forma adequada ao esclarecimento de dúvidas específicas sobre partes do texto ou conceitos emitidos no mesmo, a partir da antecipação de eventuais questões</p>	<p>podem ser componentes do material</p> <p><u>Relação prática-teoria</u> pois é necessário referenciar à prática dos alunos, procurando aproximar sua realidade concreta e seus conhecimentos anteriores da temática a ser estudada e a <u>Auto-avaliação</u> no decorrer do texto é essencial que se proponham paradas para reflexão, ou seja, que se proponham questões que levem o aluno a procurar re-escrever com suas próprias palavras o conteúdo tratado, garantindo-lhe uma orientação adequada para revisão de seus estudos.</p> <p><u>Glossário</u> o desenvolvimento dos mesmos é essencial na composição do texto para reduzir a necessidade do aluno de recorrer ao professor ou mesmo a dicionários e/ou enciclopédias</p> <p><u>Exemplificação</u> a apresentação sistemática de exemplos dos conceitos e teorias discutidos nos textos básicos é imprescindível para aqueles que se encontram distantes das realidades tratadas</p> <p><u> Animações e vídeos</u> a utilização dos mesmos pode ser essencial para a garantia de motivação, na medida que quebram a eventual monotonia da leitura de textos bíblicos e também exemplificarem de uma forma lúdica</p> <p><u>Resumos</u> ao final do texto, a apresentação de breves resumos, procurando destacar as idéias centrais do texto, bem como fazendo a ligação do que foi lido com os objetivos propostos em seu início, parece essencial para uma leitura conclusiva do mesmo</p> <p><u>Relação teoria-prática</u> após o texto, a partir da proposição de exercícios que busquem fazer ligação com a realidade concreta onde os conceitos se aplicam, possibilitando deste modo que o aluno supere a visão da teoria</p>	de toda a riqueza de opções, de modo a aumentar a motivação do aluno para um estudo desenvolvido, na maioria das vezes de forma individual, desligado de um meio acadêmico. Cada vez mais, são desenvolvidos e utilizados computadores com telas maiores e softwares gráficos. A combinação desses produtos com a produção acadêmica do material didático para o desenvolvimento de programas de educação a distância podem garantir um nível de atratividade e motivação ao estudante. Porém, sua utilização deve ser cuidadosa o suficiente para não ultrapassar os limites desejáveis didático-pedagógico da forma lúdica de estudar e o excesso de ferramentas de computação gráfica podem mascarar materiais de baixa qualidade, altamente prejudiciais às intenções educacionais. Deve-se estar atento para as novidades, porém, sua implementação só deve se dar na medida em que esteja disponível à maioria dos estudantes.	<p><u>dialogicidade</u> neste texto é entendida como a capacidade de produção de um material no qual, os textos, por exemplo, reproduzam, simulem ou antecipem a possibilidade de um diálogo entre autor e leitor, permitindo ao leitor uma percepção de igualdade e não de inferioridade ou passividade frente ao professor.</p> <p><u>Interatividade</u> é compreendida como a capacidade de tornar o diálogo, para além da forma, mas de modo que haja uma troca de influências, idéias e permanente atualização do material a partir das contribuições dos alunos.</p>

Fonte: Belisário (2003)

O desenvolvimento e divulgação de material didático voltados para EaD e a sua posterior disponibilização através do oferecimento de disciplina ou curso pode ser um passo em direção à informatização do ensino.

No contexto de países em desenvolvimento, os sistemas de educação a distância não podem ser restritos ou auto-suficientes. Devem estabelecer um processo de coordenação e colaboração com outros sistemas de educação e extensão, montados com recursos públicos ou privados, ou seja, precisam estabelecer uma rede. Podem ser seus integrantes: faculdades, centros consultivos de professores, escolas de nível médio, centro de treinamentos, bibliotecas e centros comunitários. Tais sistemas de educação a distância devem ser continuamente avaliados para se verificar o seu desempenho e aprimora-los para atender às necessidades (LAASER, 1997).

Desse modo, no processo de desenvolvimento curricular de programas para a educação a distância, recomenda-se que tanto o planejador quanto o elaborador precisam conhecer a variedade de sistemas que trabalham, pois é importante saber que decisões tomadas em certo nível, tanto do programa quanto do desenvolvimento do curso, dependerão, freqüentemente, de outras decisões já tomadas. É preciso conhecer a estrutura geral da EaD para saber onde se está no sistema, e como o seu trabalho pode ser afetado por outros sistemas.

No processo de desenvolvimento curricular de programas para EaD, o planejador e o elaborador trabalham dentro de uma variedade de sistemas. Um elaborador de curso trabalhará com os seguintes sistemas: sistema de EaD; sistema de planejamento de programa; sistema de desenvolvimento de curso; sistema de desenvolvimento de unidade e sistema de planejamento de lição. A partir disso, será apresentado o que está envolvido no programa, nos cursos, nas unidades e nas lições. Os elementos essenciais de cada um desses sistemas serão descritos a seguir.

Quadro 6 - Elementos essenciais do programa, do curso, da unidade e das lições

sistemas	Elementos essenciais
planejamento do programa	O planejamento de qualquer programa é o amplo perfil de estudos para um grupo específico de estudantes. Em geral, é feito por uma equipe multiprofissional. É preciso analisar todos os aspectos do projeto: identificar a necessidade educacional para o programa e decidir como ela pode ser satisfeita; identificar as características e as necessidades do aluno; definir os objetivos gerais e específicos do programa; fazer uma lista de recursos em disponibilidade e as limitações impostas por restrições de ordem financeira, de procedimentos internos, de pessoal, de material audiovisual à disposição, oferta do curso, serviços postais e tempo; identificar meios ou métodos alternativos que possam ser utilizados no programa, incluindo: impressos, rádio, fitas cassete, instrução presencial, televisão, telefone, etc. Em seguida, os planos para o programa terão de ser passados para o papel, que tratarão: da forma que terão os materiais; que meios serão utilizados; como eles se relacionarão uns com os outros; qual será a duração do programa; o número de alunos envolvidos; que procedimentos administrativos serão necessários; que informações devem ser recolhidas para avaliação e como retorno; como serão recolhidas; quem desempenhará as tarefas envolvidas; o orçamento para o programa.
planejamento de curso	O planejamento de curso pode ser feito por uma equipe ou por um elaborador individual. Ao planejar a estrutura do curso, é importante saber se os materiais que serão preparados são para uso direto dos estudantes de EaD ou se estes são para ensinar o conteúdo do curso para os seus próprios alunos. Cada uma dessas situações requer uma diferente estrutura de curso e uma diferente forma de dirigir-se ao aluno. Ao planejar um curso, todos os seguintes aspectos precisam ser especificados: os objetivos precisam ser identificados; devem ser mais restritos e mais específicos do que os objetivos do programa; precisa ser delineado de modo que amplas áreas de conhecimento sejam delimitadas e normalmente, essas delimitações são baseadas em um conteúdo programático.
Planejamento da unidade	Em alguns programas de educação a distância, uma unidade é chamada de lição. Isso quer dizer simplesmente que a subdivisão de um curso, em vez de ser chamada de unidade, é chamada de lição. O planejamento dessa lição é, claro, idêntico ao planejamento de uma unidade. Uma vez que um curso tenha sido planejado, ele deve ser subdividido em unidades. O propósito dessa divisão é que os alunos recebam uma certa quantidade de informações a cada vez, de modo que considerem o estudo de cada conteúdo do curso uma tarefa separada. Ao completar uma unidade, pode-se ver imediatamente o resultado do seu trabalho. As unidades podem ser compiladas por tópicos, cada uma delas cobrindo um diferente tópico. Podem também ser compiladas de acordo com o tempo que se leva para estudar cada uma. Em alguns casos, uma combinação de ambos os métodos é utilizada. Além disso, as unidades variam em tamanho: vão desde de oito até cento e cinquenta páginas. Porém, não importa o tamanho da unidade; o importante é que ela seja independente. Isso quer dizer que ela deve abranger todo o conteúdo e não depender de ou implicar referência a outros textos. Ela também deve ter claramente definida uma abertura, um texto principal e um final. Cada unidade também deve: orientar os alunos; apresentar-lhes o conteúdo; explicar os tópicos cobertos; providenciar atividades para os alunos. As unidades são normalmente planejadas e redigidas pelo elaborador individual. Ao planejar a unidade deve-se levar em consideração: o título e o número da unidade; a introdução da unidade, que inclui: uma declaração dos objetivos, uma introdução e orientação em relação à matéria e uma informação a respeito de como estudar a unidade, o que os alunos precisam revisar e de que equipamento vai precisar; o corpo da unidade deve ter: uma clara divisão em seções e uma seqüência de novo material e exercícios; o fim da unidade deve conter: uma verificação a respeito do que os alunos devem ter feito, um resumo e uma atividade de aprendizagem para avaliar se o material foi assimilado. Em adição à unidade, o elaborador também deve planejar: as ilustrações a serem incluídas, os materiais e os meios a serem utilizados, um esquema de correção, um formato, uma diagramação e um estilo detalhado, conforme estabelecido nas linhas-mestras do plano de curso. Uma vez que a unidade tenha sido cuidadosamente planejada, um esboço do texto pode ser redigido. O elaborador deve tentar fazer com que cada lição: configure um tópico independente; relacione-se com outras lições; comece com objetivos e introdução; entremeie assunto novo com atividades; seja concluída com um exercício ou tarefa.

Fonte: Laaser (1997)

O desenvolvimento do material didático deve conter alguns elementos que devidamente elaborados e encadeados, podem formar a estrutura básica do curso/disciplina que se queira oferecer a distância, mediado por computador e pela a Internet.

Os principais componentes que devem ser considerados no planejamento e estruturação do material didático a distância (LAASER, 1997; PETERS, 2001; AMARANTE, 2001; UNICAMP, 2003; BERNARDO, 2005) são: denominação do curso ou descrição geral, objetivos do curso ou objetivos principais, caracterização do público-alvo, parâmetros de seleção do alunado, ementa descritiva do curso,

- denominação do curso ou descrição geral - é o primeiro contato do possível aluno com o curso, por isto não deve ser descuidada; deve ser pensada de forma a mostrar o apelo do aprendizado que se quer oferecer, de forma tão sintética e tão objetiva quanto possível, evitando jargões acadêmicos convencionais e desgastados, e mostrando, se possível, a correlação do tema com o mercado de trabalho em que o participante desejado está inserido;
- objetivos do curso ou objetivos principais - devem ser claramente colocados, tanto para o professor quanto para o estudante a ser atingido; devem e podem ser qualificados pelos conhecimentos que se pretende passar aos estudantes, assim como pelas habilidades que poderá ser desenvolvida pela aplicação dos conhecimentos recebidos. Deve ser estabelecido claramente o que se pretende com o programa: habilitar um profissional em exercício da função; habilitar pessoas que não exercem a função; capacitar profissionais em exercício; reciclar profissionais; requalificar um profissional para uma função semelhante ou distinta, etc.
- caracterização do público-alvo - deve-se considerar o nível de escolaridade, perfil profissional, experiências relacionadas aos objetivos do programa; disponibilidade de tempo para estudo; hábitos de leitura;

- parâmetros de seleção do alunado - o envolvimento do maior número de alunos possível, sem uma razoável base seletiva tem sido um dos fatores mais importantes de insucesso de um curso a distância; um conjunto heterogêneo de alunos pode estabelecer diferenciações de dificuldade/facilidade, havendo risco do curso ser muito fácil para uns e muito difícil para outros, situação em que se deveria conduzir à formação de mais de uma turma com diferentes formatos de atendimento e com isso gerar o aumento da volatilidade dos alunos, ocasionando altos e perigosos graus de evasão, com uma consequência negativa quanto ao prestígio do curso/professor segundo a divulgação capilar do alunado; qualquer que seja o curso/disciplina; deve ser aplicado algum tipo de processo seletivo, de forma a se captar o perfil diferencial dos inscritos antes de selecioná-los; pode ser elaborado um questionário de fácil preenchimento, contendo, entre outros, alguns dos seguintes quesitos: nível de interesse no curso, base de conhecimento na área do curso, motivações para fazer o curso e disponibilidade para acompanhar o mesmo;
- ementa descritiva do curso - deve ser feita uma descrição sucinta e objetiva da estrutura básica do curso; a idéia é que seja elaborada como um “telegrama” a respeito do curso, que o professor passa para o aluno;
- conteúdo programático - na definição dos conteúdos do programa ou curso é importante considerar: conhecimentos, atitudes e habilidades essenciais ao aluno e interdisciplinaridade. Deve ser elaborado de forma estruturada e itemizada, sob um planejamento dos temas e tópicos que compõem a estrutura básica do curso; não precisa ser apresentado, necessariamente, na forma seqüencial, mas ser completo quanto possível, de modo a contatar o aluno com a estrutura formativa do curso, mas esse não é o calendário das aulas;
- calendário do curso - consiste na programação detalhada de todas as aulas e atividades afins previstas ao longo do período em que a mesma se dará, com datas e horários

diferentes, de forma que o aluno possa preparar-se, em termos de agenda, para acompanhar o curso de forma eficiente;

- cronograma das aulas - é a apresentação dos tópicos a serem desenvolvidos em cada aula, em forma de uma tabela;
- ferramentas de interação - identificar quais os tipos de interação adequadas entre os participantes (professores/tutores com alunos e aluno com alunos) ou entre participantes e informação (professores tutores com informação e alunos com informação) é fator primordial para a elaboração e sucesso do curso; o entendimento adequado destes tipos de interação é que permite a escolha adequada do ferramental tecnológico que dê suporte ao curso; é pelo uso adequado de um ferramental tecnológico de interação adequado que se obtém a otimização do aprendizado dos alunos, ao direcioná-los a interagirem entre si e com o material didático formativo e informativo de maneira a obterem-se os objetivos desejados para o curso/disciplina; muitos dos casos de fracasso de cursos a distância advém do uso inadequado de ferramental de interação;
- elaboração da metodologia –O método de trabalho que os alunos devem adotar deve ser explicitado no projeto pedagógico do curso. Ao estabelecer a metodologia do curso e de uso do material é importante observar as alternativas que se seguem: curso totalmente à distância; momentos presenciais, aulas ou oficinas pedagógicas; tutoria; monitoria cooperativa; sistemática avaliação da aprendizagem; associação com outros recursos, etc. É recomendado que seja explícito o detalhamento dos métodos de trabalho dos alunos quais deverão ser: grau de presencialidade do curso/disciplina – organização do calendário com as datas de realização de avaliações presenciais ou as datas para aulas experimentais que não possam ser realizadas a distância; acesso o material didático – determinando como deve ser a interação do aluno com o material didático; o reconhecimento do acesso pode levar a resultados pedagógicos interessantes, como o caso de apenas disponibilizar-

se novos conteúdos a partir de avaliação positiva do conteúdo imediatamente anterior; sistema de interação – explicitando-se as formas de interação e com o reconhecimento formal de quais as ferramentas de interação deverão/poderão ser utilizadas pode-se direcionar os alunos a obterem habilidades desejáveis (habilidade de trabalho em grupo através da Internet); sistemas de acompanhamento – um dos principais mecanismos disponíveis para evitar-se evasão de alunos é o acompanhamento do desenvolvimento de estudos de cada aluno ou grupo de trabalho pelo professor/tutor; esse acompanhamento próximo da evolução de cada aluno faz com que este se sinta acompanhado, o que, geralmente, estabelece relação de confiança no professor e no curso, desestimulando a evasão;

- atividade de apresentação – tem como objetivo quebrar o gelo inicial e promover a interação entre todos os envolvidos. Ao iniciar o curso, o professor faz sua apresentação, expondo de forma clara, precisa e objetiva suas experiências, seus objetivos e suas expectativas em relação ao curso e, ao mesmo tempo, incentiva os alunos a se apresentarem através do fórum de discussão. A apresentação do curso ou disciplina deve sempre aparecer no início do curso, podendo ter um caráter informativo e/ou estimulador para o aluno. Deve conter: nome do curso, equipe ou docente responsável, objetivos, número ideal de horas que o aluno deve dedicar-se durante o curso, período que vai estar disponível na Internet, princípios pedagógicos, conteúdo, metodologia, critérios e instrumentos de avaliação, bibliografia, preços e condições de pagamento, características mínimas que o equipamento do aluno deve ter, modos de interação e de comunicação oferecidos para contato com o professor orientador ou tutor;
- desenvolvimento das aulas – cada aula deve trazer de forma nítida quais são os objetivos propostos para que o aluno saiba o que se espera dele e possa ir monitorando o seu

progresso. Podem ser apresentados em conjunto antes do início dos textos, ou separadamente por unidade ou texto;

- provocação inicial – tem por fim iniciar o estudo com uma provocação para dar início a uma conversa. É colocada no início da aula, unidade ou texto visando dar oportunidade ao aluno de refletir a respeito dos conhecimentos e/ou sentimentos prévios sobre o assunto. Pode ser feita através de poema, charge, caso concreto, letra de música, pequeno texto técnico, perguntas sobre o assunto, jogo, diálogo, etc.
- atividade de reflexão – propõe-se proceder a leitura de textos (podem ser do próprio professor e/ou de outros autores) que discutam as questões abordadas naquela aula. Na seleção de conteúdos é importante verificar se são úteis, significativos e válidos para aquela clientela. É aconselhável dividir a unidade ou textos em pequenas quantidades e produzir o texto numa linguagem diferente, coloquial, dialógica (uma conversa do professor com o aluno). É importante que se trabalhe pensando em um aluno presente fisicamente, lançando perguntas, deixando em aberto, possibilitando a reflexão;
- parâmetros de avaliação – para cursos a distância a avaliação deve ser pensada em termos de aferição de conteúdo, mas também é altamente conveniente proceder-se à avaliação da oferta, ou seja, a realização de uma avaliação do próprio curso por parte dos alunos; nesta avaliação é conveniente considerar-se apenas aspectos como o atendimento didático recebido, a clareza e consistência do material pedagógico disponibilizado, o atendimento técnico-administrativo e a infra-estrutura de comunicação disponível. O conhecimento do ponto de vista dos alunos em relação a estes aspectos permite que os cursos sejam atualizados não apenas em relação ao material pedagógico, mas também em relação a itens que também influenciam fortemente o rendimento dos alunos.

A essa altura, pode-se dizer que a estrutura básica do material didático, curso ou disciplina a distância mediado por computador e Internet, exige planejamento e elaboração cuidadosa, observando os princípios metodológicos descritos até aqui.

Enfim, é bom lembrar a afirmação de Moran (2002) quando diz que tanto um curso presencial, quanto um curso a distância de qualidade possuem os mesmos ingredientes. Ambos dependem, em primeiro lugar, de ter educadores maduros intelectual e emocionalmente, pessoas curiosas, entusiasmadas, abertas, que saibam motivar e dialogar. Pessoas com as quais valha a pena entrar em contato, porque assim saem enriquecidas. O grande educador atrai não só pelas suas idéias, mas pelo contato pessoal. Há sempre algo surpreendente, diferente no que diz, nas relações que estabelece, na sua forma de olhar, na forma de comunicar-se, de agir. Dependem, também, dos alunos: a curiosidade e a motivação dos alunos facilitam enormemente o processo, estimulam as melhores qualidades do professor, tornam-se interlocutores lúcidos e parceiros de caminhada do professor-educador. Também é necessário ter administradores, diretores e coordenadores mais abertos, que entendam todas as dimensões do processo pedagógico em que estão envolvidos, além de empresas ligadas ao lucro; que apoiem os professores inovadores, que equilibrem o gerenciamento empresarial, o tecnológico e o humano, contribuindo para que haja um ambiente de maior inovação, intercâmbio e comunicação. Um bom curso presencial ou a distância depende, finalmente, de ambientes ricos de aprendizagem, de ter uma boa infraestrutura física: salas, tecnologias, bibliotecas. A aprendizagem não se faz só na sala de aula, mas nos inúmeros espaços de encontro, de pesquisa e produção que as grandes instituições propiciam aos seus professores e alunos.

A seguir e com base nesses aspectos, será descrita a experiência no desenvolvimento de um material didático para EaD sobre transtornos depressivos.

4 DESENVOLVIMENTO DO MATERIAL DIDÁTICO SOBRE TRANSTORNOS DEPRESSIVOS PARA EDUCAÇÃO A DISTÂNCIA

Frente ao objetivo de desenvolver um material didático sobre transtornos depressivos para EaD, foi preciso percorrer dois momentos distintos: a elaboração do material didático, e a análise do mesmo que serão descritos no decorrer deste trabalho.

Antes de iniciar a descrição do caminho percorrido, tratou-se do marco referencial do estudo.

Como método quer dizer caminho trata-se de uma questão de procedimentos, de como fazer para desviar-se menos, perder menos tempo e energia. O método não garante os resultados, mas o acesso aos mesmos. Na pesquisa científica, o método é um caminho iluminado por uma teoria (TOBAR; YALOUR, 2001).

Diz-se que a teoria ilumina o caminho, pois teoria significa luz. O marco teórico facilita o delineamento e o desenvolvimento da pesquisa, bem como direciona a leitura dos dados e seus reflexos.

Marconi e Lakatos (2004) destacam que a teoria pode ter a função de: encontrar as relações entre os fatos, proceder a sua ordenação sistemática e significativa; encontrar os fatos ou fenômenos.

Todo marco teórico autêntico deve estar sustentado num paradigma. Ao definir o marco teórico de seu estudo é preciso que o pesquisador faça uma pergunta: qual é a teoria que dá suporte aos meus estudos? Quando o pesquisador não dispõe de uma teoria que, utiliza-se a expressão marco referencial em vez de marco teórico. A ausência de uma teoria pode ocorrer quando não há um corpo organizado de conhecimento (teoria) sobre uma

disciplina ou tema ou mesmo quando se tem, porém revela-se insuficiente ou inadequado para a abordagem proposta (TOBAR; YALOUR, 2001).

Laaser (1997) pontua que a EaD ainda não produziu abordagens teóricas completamente novas que possam ser oficialmente chamadas de teorias da EaD por si próprias. Em lugar disso, têm sido adotadas as teorias de ensino e aprendizagem já desenvolvidas, como por exemplo, o modelo geral do ensino de Gagné (contempla a aprendizagem hierárquica ou escalonamento instrucional, obedecendo uma lógica para a apresentação de conteúdos e parte de conceitos simples antes de abordar os mais complexos).

Ainda que o marco referencial não tenha toda complexidade da teoria é preciso considerar alguns pontos do marco referencial (TOBAR; YALOUR, 2001).

- Em sua maioria, o tema possui referências obrigatórias. O pesquisador deve demonstrar que conhece. Não é preciso concordar com os autores que constituem sua referência, mas usar argumentos que contribuam com sua construção.
- O pesquisador deve realizar a leitura de autores clássicos da área na qual se insere o problema, assim como a bibliografia recente sobre o tema.
- É importante apresentar reflexões e conclusões pessoais bem como confrontar as diversas posições teóricas.

O presente estudo não utiliza um marco teórico (teoria). Desta forma, pretende-se estabelecer limites mais do que iluminar o caminho.

Em relação ao tipo de estudo que em foi baseado, a classificação do tipo de pesquisa varia de acordo com o enfoque dado pelo autor, obedecendo a interesses, condições, campos, metodologia, situações, objetivos e objetos de estudo (MARCONI; LAKATOS, 2004).

Este estudo descritivo descreve o processo de elaboração e análise de um curso (incluindo o levantamento da opinião dos especialistas em saúde mental), delineando todas as

suas etapas. Também dá ênfase à descoberta de práticas ou diretrizes que precisam ser modificadas e no auxílio da proposição de alternativas que possam substituí-las.

Na descrição de um fenômeno ou situação se observa, investiga, registra, analisa, interpreta, descreve e explora aspectos atuais dos mesmos, ou seja, é a simples descrição dos fenômenos (MARCONI; LAKATOS, 2004).

Assim, para descrever o desenvolvimento do material didático para EaD sobre transtornos depressivos, decidiu-se dividir a apresentação segundo as etapas e seus respectivos itens citados pelos autores Laaser (1997), Peters (2001) e UNICAMP (2003).

Antes, porém de passar à descrição do desenvolvimento, importa destacar o marco referencial empregado em todas as fases de construção desse programa.

4.1 MARCO REFERENCIAL

Para o desenvolvimento do material didático foram reunidas informações sobre como os programas, cursos e unidades podem ser planejados e elaborados, segundo as diretrizes apresentadas por Laaser (1997), Peters (2001) e UNICAMP (2003).

Para Laaser (1997), Peters (2001) e UNICAMP (2003), o planejamento e a elaboração de material didático, de cursos ou de disciplinas que utilizem recursos de EaD pode ser desenvolvido em duas fases:

a) Fase de análise ou planejamento do programa

A fase de análise ou de planejamento do programa inicia o projeto de um curso que utiliza recursos de EaD. Ocorre o levantamento de informações sobre a natureza do curso a ser desenvolvido; fornece subsídios necessários para a definição do escopo do projeto e

resultam na produção de um esboço contendo uma descrição sucinta do curso e sua estrutura. Para isso, são realizados questionamentos a fim de identificar: o perfil dos alunos, objetivos de aprendizagem ou definição dos objetivos gerais e específicos, estratégias metodológicas e mecanismos de avaliação.

b) Fase da abordagem para o projeto

A identificação da abordagem para o projeto é feita a partir das respostas da fase anterior, pois o professor tem informações suficientes para identificar abordagem mais adequada ao curso. O modo de se configurar as seqüências de atividades desenvolvidas determina as características diferenciais da prática educativa, desde o modelo com base na instrução e transmissão de conteúdos, até o método de projetos de trabalho com base na construção do conhecimento e no trabalho colaborativo. Para o desenvolvimento do projeto do curso são indicadas duas abordagens: instrucional – centrado nos objetivos de aprendizado estabelecidos no conteúdo e a interacionista – centrado na elaboração do conhecimento através de projetos e da interação entre os participantes. As duas abordagens pressupõem um conjunto ordenado de atividades estruturadas e articuladas para a realização de certos objetivos educacionais, os quais tem um princípio e um fim conhecido por professores e alunos.

O processo de ensino-aprendizagem é definido a partir da seqüência de atividades, do papel dos professores e dos alunos, da organização social da aula, da utilização dos espaços e do tempo, da organização dos conteúdos e da avaliação. Quanto aos conteúdos, estes podem ser: conceituais, quando se tratam de fatos, conceitos, princípios; procedimentais, quando envolvem procedimentos, técnicas e métodos; ou comportamentais, envolvendo valores, atitudes e normas. Quando se tem como objetivo a formação integral dos alunos, o uso dos diferentes tipos de conteúdo estará equilibrado; por outro lado, um ensino que se pauta prioritariamente no entendimento de informações, priorizará os conteúdos conceituais. Outro

aspecto a ser considerado no processo ensino-aprendizagem diz respeito ao papel dos professores e dos alunos (PETERS, 2001; UNICAMP, 2003).

Ainda os autores citados acima referem um outro aspecto a ser considerado no processo ensino-aprendizagem: o papel dos professores e dos alunos. Dentro das duas abordagens, a denominada instrucional, atribui aos professores o papel de detentores do conhecimento e controladores dos resultados obtidos, sua função consiste em criar situações que permitam a exposição do aluno ao conteúdo; ao aluno compete o papel de internalizar o conhecimento como lhe é apresentado e sua avaliação se dá por meio de testes que mensuram o conhecimento adquirido. Sob este olhar, o professor tem o principal papel e a relação privilegiada é a estabelecida entre o professor e o aluno. Já na abordagem interacionista, a aprendizagem é um processo social e o ato de ensinar envolve estabelecer uma série de relações interativas que buscam conduzir o aluno à elaboração de representações pessoais sobre o objeto de aprendizagem. São considerados neste processo os fatores culturais, a experiência acumulada do aluno e a utilização de instrumentos que lhe permitem construir uma interpretação pessoal e contextualizada com sua realidade sobre o objeto de estudo. Isso quer dizer uma interação direta entre alunos e professores e uma redefinição de papéis, onde o aluno e professor são co-participantes do processo de ensino-aprendizagem, sendo que o papel do professor é o de facilitador que cria as situações de aprendizagem e a relação privilegiada é entre os alunos.

As duas fases do planejamento e elaboração do material didático, curso ou disciplina contempla diversos itens. A seguir será apresentado no quadro 7 a fase de análise ou planejamento do programa (LAASER, 1997; PETERS, 2001; UNICAMP, 2003).

Quadro 7 – Apresentação dos itens da fase de análise ou planejamento do programa para o desenvolvimento do material didático para educação a distância

Itens da fase de análise ou planejamento do programa
<p style="text-align: center;">Perfil dos alunos ou características e recursos do aluno</p> <p>É pela identificação das características do aluno que os elaboradores podem determinar as necessidades de aprendizagem do grupo-alvo em qualquer programa, assim como o conteúdo e a metodologia a serem utilizados. Para isso, são necessárias as seguintes informações:</p> <ul style="list-style-type: none"> • dados pessoais - sexo, idade, estado civil, tamanho da família, condição social, recursos financeiros, condições de saúde, compromissos pessoais junto à família e à comunidade; ocupação, incluindo horários e padrões de trabalho; grau de escolaridade; • quantidade de alunos (máximo e mínimo); • recursos necessários para estudo (software, hardware e material adicional), experiências anteriores com os recursos utilizados e a motivação dos alunos com relação ao uso desses recursos. <p style="text-align: center;">Objetivos de aprendizagem ou definição dos objetivos gerais e específicos do programa</p> <p>Um objetivo claro de aprendizado direciona tanto os professores quanto os alunos no que se refere ao conteúdo da matéria e dos processos mentais que se espera que o aluno realize. Devem ser estabelecidos os objetivos gerais e específicos que se deseja atingir ao final do curso.</p> <p>Para isso sugere-se algumas perguntas como: pré-requisitos, objetivos gerais e específicos para a realização e aprendizagem do curso, o que os alunos deverão aprender e estar aptos a fazer, quais aspectos os alunos deverão comportar-se de maneira diferente após estudar a unidade e como o aluno poderá demonstrar que entendeu o material.</p> <p style="text-align: center;">Estratégias metodológicas</p> <p>Devem ser levantadas as informações que auxiliarão na identificação da metodologia mais adequada ao curso oferecido, ou seja, identificar meios ou métodos alternativos que possam ser utilizados no programa, incluindo: impressos, rádio, CD, Internet, computador, televisão, etc.</p> <p>Recomenda-se algumas perguntas que ajudarão a identificar a dinâmica a ser aplicada no curso: o assunto abordado é apropriado para ser disponibilizado na Web; qual a abordagem pedagógica mais apropriada para disponibilizar o conteúdo (auto-aprendizagem, baseado em conteúdo, colaborativo, baseado na solução de problemas, baseado em projetos, etc.); qual o nível de suporte técnico oferecido aos alunos; qual o nível de suporte pedagógico (interação, comunicação, etc.) oferecido aos alunos; o curso será totalmente à distância ou terá uma porcentagem de aulas presenciais e a distância; qual o cronograma do curso e se as estratégias didáticas adotadas estão explicitadas de forma organizada aos alunos.</p> <p style="text-align: center;">Mecanismos de avaliação</p> <p>As definições sobre as avaliações são de extrema relevância durante o planejamento do curso. Deverá permitir a aferição dos objetivos do curso (se foram alcançados) e se as estratégias adotadas foram apropriadas. Podem ser utilizadas avaliações do tipo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnóstica (é aplicada, normalmente, antes de iniciar o curso para identificar e avaliar o conhecimento do aluno); • formativa (é aplicada durante o curso com o objetivo de identificar as estratégias e recursos utilizados pelo professor, para disponibilizar o conteúdo, estão sendo eficientes); • somativa (é aplicada, normalmente, ao final de cada unidade de aprendizado e tem o objetivo de avaliar o conhecimento adquirido pelo aluno). <p>Recomendações de perguntas úteis para esclarecer dúvidas relacionadas à avaliação: quais os tipos de avaliação serão utilizados, há uma política clara sobre datas e tipos de avaliações a serem utilizadas, quais os formatos das avaliações (múltipla escolha, questões dissertativas, interpretação de textos, entrega de projetos, participação, etc.), as atividades e os formatos de avaliação estão de acordo com os objetivos de aprendizagem, as avaliações serão presenciais e em que locais; toda informação sobre a avaliação é apresentada em um local de fácil acesso aos alunos.</p>

O planejamento do programa ou fase de análise pode-se dizer que é o amplo perfil de estudos para um grupo específico de alunos para a identificação da necessidade educacional do programa (LAASER, 1997).

Ainda o autor citado acima ressalta que a partir da análise do que é preciso saber sobre os alunos, dos objetivos do programa, das estratégias metodológicas e de avaliação, pode-se decidir que tipo de curso vai ser desenvolvido. O planejamento de curso pode ser feito por uma equipe ou por um elaborador individual.

Será apresentada no quadro 8 - a fase de identificação da abordagem do projeto apresentada segundo a abordagem instrucional. É dividida em duas etapas que são: a elaboração do projeto e o desenvolvimento do curso. A proposta dessa abordagem está centrada na preparação do conteúdo e no uso de ambientes virtuais de aprendizagem (LAASER, 1997; PETERS, 2001; UNICAMP, 2003).

Quadro 8 – Itens da abordagem instrucional

Abordagem Instrucional

a) Elaboração do projeto - são apresentadas um conjunto de orientações para auxiliar o professor a elaborar o conteúdo instrucional de acordo com a abordagem instrucional.

Devem ser relacionadas:

- **Informações gerais** – auxiliam o professor na organização do curso e fornecem aos alunos uma visão geral da proposta do curso. São elas: título, ementa, objetivo geral, duração do curso, método de trabalho. Pode-se definir, também, materiais complementares para o curso. Relação de materiais complementares que podem ser agregados a um curso: apresentação do curso – pode-se colocar informações sobre o instrutor e os recursos tecnológicos necessários para participar do curso; guia do estudante; guia do instrutor; respostas para perguntas freqüentes e mensagens de divulgação e ajuda; referências – links, livros, artigos, etc.
- **Estratégias metodológicas** – deverá mostrar a estratégia que será utilizada e mostrar a estrutura básica do conteúdo programático, a dinâmica a ser adotada e a descrição dos métodos de avaliação. A metodologia aplicada em um curso instrucional está diretamente relacionada como o conteúdo a ser elaborado em função dos objetivos de aprendizagem e do perfil dos alunos já identificados. A divisão e organização do conteúdo são as principais formas de levar o aluno a alcançar os objetivos definidos para o curso. Caso o curso não seja centrado apenas no conteúdo programático, é necessário que a metodologia promova a colaboração entre os participantes do curso. A colaboração é reconhecidamente uma forma eficiente de promoção da aprendizagem. Para o uso de recursos de comunicação eletrônica é importante a aplicação de metodologias específicas que orientem o uso desses recursos de forma mais adequada.
- **Planejamento do conteúdo** - inicia-se com a identificação dos objetivos do curso; os objetivos por sua vez, se baseiam no conteúdo proposto para o curso. Na abordagem instrucional, o conteúdo programático pode ser dividido em unidades ou módulos referentes aos objetivos de aprendizado específicos. **Planejamento da dinâmica do curso** – a dinâmica do curso vai depender se o curso será ministrado totalmente a distância ou de forma semipresencial. Uma forma de preparar a dinâmica é criar um calendário enumerando tudo que está previsto para ocorrer durante o curso. Os alunos devem ter acesso a esse calendário para poderem visualizar as datas do início das unidades, as datas das avaliações e a data dos eventos importantes como chats e videoconferências. Cada unidade deve conter uma agenda com essas orientações. A dinâmica também deve esclarecer como se dará o contato entre os participantes do curso e o tempo previsto do retorno do instrutor para com os alunos.
- **Implementação da comunicação** – a parte da comunicação de um curso a distância pode ser dividida em duas etapas: o estabelecimento das ferramentas de comunicação e a atividade de moderação, ou seja, o uso dessas ferramentas. **As ferramentas de comunicação** podem ser divididas em assíncronas (são mais utilizadas por permitir a comunicação entre os participantes independente do horário de acesso) e síncronas. O uso de algumas ferramentas de comunicação (como por exemplo, fórum de discussão, bate papo ou outros recursos mediados por computador) é mais eficaz quando agrega atividades de moderação que se dá por meio de um moderador, pessoa que preside um encontro virtual em tempo real ou conferência. O moderador deve: estar, antes dos alunos, na conferência apresentado mensagens de boas vindas; providenciar aos participantes a oportunidade de conhecer o sistema de conferência, de preferência antecipadamente; definir objetivos claros e esclarecer as expectativas para os grupos; restringir a discussão a um ou dois pontos focais; ser paciente e persistente, especialmente para os iniciantes e estabelecer regras de comportamento (Netiqueta).
- **Recursos tecnológicos e humanos** - no planejamento de um curso mediado por computador é necessário observar as necessidades de recursos tecnológicos e humanos para sua implementação, levando em conta a adequação da infraestrutura existente em relação à sua manutenção e a disponibilidade de profissionais para o suporte. Geralmente, são necessários técnicos de duas principais categorias: um técnico, para orientar o professor na utilização das ferramentas e ambientes virtuais de aprendizagem, assim como na formatação do conteúdo; e outro profissional capacitado em ajudar no planejamento instrucional do curso e na escolha de estratégias de uso das ferramentas disponíveis na infraestrutura. Ainda pode ser necessário contar com o auxílio de instrutores na tarefa de ministrar o curso, caso o número de alunos supere a condição do professor de atender-los sozinho.

b) Desenvolvimento do curso dividi-se entre a elaboração dos arquivos de informações gerais, a elaboração dos arquivos de conteúdo do curso, publicação na Web e a implementação da comunicação. A avaliação é desenvolvida em conjunto com o conteúdo.

Uma vez que foi definido o que se precisava saber a respeito dos alunos, dos objetivos do programa, da estrutura geral do programa e dos tipos de aprendizagem, pode-se decidir que tipo de curso vai ser desenvolvido. O planejamento de curso pode, mais uma vez, ser feito por uma equipe ou por um elaborador individual.

A seguir será descrito todo o processo de planejamento e elaboração do material didático sobre transtornos depressivos para EaD, seguindo as fases e os itens já citados. Além dessas diretrizes já apresentadas, baseou-se também nos trabalhos desenvolvidos por Cassiani (1998) e por Zem-Mascarenhas (2000) na elaboração de software educacional, no que se refere aos estágios de planejamento inicial, planejamento e desenvolvimento do conteúdo instrucional.

4.2 PLANEJAMENTO DO CURSO

As fases de planejamento e desenvolvimento do material didático para o curso sobre transtornos depressivos para EaD serão descritas a seguir. O objetivo é descrever as diretrizes tomadas, inclusive, no sentido de colaborar com projetos semelhantes que venham a ser desenvolvidos.

A exemplo de todos os processos convencionais de educação que exigem planejamento, ele se torna indispensável e fundamental na EaD, onde os problemas, quando surgem, nem sempre podem ser retificados imediatamente, como ocorre na educação presencial (LANDIM, 2005).

Ainda o mesmo, o processo de planejamento educacional para a EaD, além de contar com as bases científicas antropológicas, sociológicas e psicológicas, deve considerar o

diagnóstico da realidade e das necessidades da clientela, a formulação de objetivos, a seleção e a organização dos conteúdos de aprendizagem, a seleção dos meios, a escolha e organização dos conteúdos de aprendizagem, a seleção dos meios, a escolha e a organização das atividades e a definição do quê e como avaliar. Deve ser entendido como o desenho de um plano ordenado, coerente, sistemático e seqüencial de todos os fatores ou elementos que intervenham na ação educativa, com objetivos e propósitos definidos, com a finalidade de solucionar um problema ou atender a uma determinada necessidade de formação.

4.2.1 FASE DE ANÁLISE OU PLANEJAMENTO DO PROGRAMA

Apesar da recomendação em utilizar uma equipe composta pelos diversos profissionais, tanto da área de informática quanto da pedagógica e da saúde, no caso do desenvolvimento de material didático para a respectiva área, não foi possível o desenvolvimento do mesmo por uma equipe multiprofissional. Como já foi dito, a Instituição onde o trabalho foi desenvolvido ainda está desenvolvendo uma equipe multiprofissional que atenda os requisitos acima. Espera-se poder envolver a equipe recomendada por ocasião do oferecimento deste material didático em um curso a distância.

Sendo assim, o material didático foi elaborado pela pesquisadora e orientadora.

Frente ao resultado da dissertação de mestrado, uma inquietação havia sido instalada: o que poderia ser feito para trabalhar a problemática (cuidado de enfermagem ausente ou ineficaz ao portador de transtorno depressivo) junto a enfermeiros da rede de atenção básica à saúde? Pensou-se no planejamento e elaboração de material didático sobre os transtornos

depressivos que alcançasse esses profissionais. O planejamento desse projeto iniciou-se no primeiro semestre de 2002,

a) Perfil dos alunos ou características e recursos dos alunos

O planejamento do curso deve ser iniciado com uma caracterização cuidadosa da clientela e do objetivo do programa. Esses dois elementos são fundamentais para delimitar os conteúdos a serem trabalhados, as atitudes e habilidades esperadas do aluno e a metodologia do curso (VIEIRA, 2002).

A pesquisa a respeito das características e das necessidades da clientela-alvo do curso ou programa fornecerá subsídios que orientarão o planejamento do processo ensino-aprendizagem quanto à relação entre a situação atual e a desejada (LANDIM, 2005).

A clientela foi definida a partir da problemática da ausência ou ineficiência da assistência de enfermagem ao portador de depressão. O curso pode ser aplicado para enfermeiros, independente da sua titulação, porém deverá ser voltado principalmente ao enfermeiro que trabalha nos serviços de atenção básica à saúde, pois são os que estão diretamente em contato com o portador de depressão e na maioria dos casos. Também poderá ser aplicado e útil ao acadêmico de enfermagem, pois na dissertação do pesquisador foi evidenciado que a falta de preparo do enfermeiro é também decorrente de uma possível relação com a estrutura curricular sobre depressão, visto que, na graduação em enfermagem, pouco espaço tem sido dedicado a este assunto.

Desse modo, o material didático foi delineado, inicialmente, para ser utilizado na estratégia de educação para enfermeiros da rede de atenção básica à saúde. Entretanto, durante o desenvolvimento do mesmo, vislumbrou-se o seu potencial de utilização em cursos de graduação e especialização em enfermagem, o emprego do material didático estaria destinado

para a atualização de conhecimentos. Além disso, este material também pode ser adaptado para cursos de atualização para outros profissionais da área da saúde.

Portanto, a clientela-alvo do curso são os profissionais de nível superior e nível médio da área de enfermagem e alunos da graduação e pós-graduação em enfermagem.

b) Objetivos de aprendizagem ou definição dos objetivos gerais e específicos do programa

Os objetivos de aprendizagem devem propiciar ao professor e ao aluno uma indicação clara e concreta sobre para onde eles estão indo. Um objetivo claro de aprendizado direciona tanto os professores quanto os alunos no que diz respeito ao conteúdo da matéria e dos processos mentais que se espera que o aluno desenvolva. Para que os objetivos sejam significativos, em primeiro lugar deve-se refletir o que eles tencionam medir. Na verdade, eles devem medir os seguintes fatores: conceitos a serem aprendidos; habilidades a serem dominadas; hábitos a serem adquiridos; técnicas a serem aprendidas e atitudes a serem desenvolvidas (LAASER, 1997; UNICAMP, 2003).

Além dos resultados obtidos, é preciso pensar também em como expressar os objetivos em termos mensuráveis, pois há uma infinidade de verbos e de palavras de ação que poderão ajudar a expressar tais objetivos.

Laaser (1997) apresenta uma classificação por três domínios (cognitivo, afetivo e psicomotor) e níveis de aprendizagem. O domínio cognitivo é o mais comumente avaliado em educação, com níveis que contém três amplas categorias: conhecimento e compreensão; aplicação; e solução de problemas, incluindo análise, síntese e avaliação. O afetivo é o menos avaliado e, ainda assim, provavelmente, o mais importante aspecto da educação, que inclui os seguintes níveis: observação de um fenômeno ou estímulo específico; resposta ao fenômeno; avaliação do fenômeno ou indicação do seu valor; organização dos valores uns em relação aos

outros; generalização ou integração dos valores de acordo com o sistema de valores próprio, de modo que eles possam guiar a sua vida. O domínio psicomotor é dividido nas seguintes fases: aquisição de conhecimento sobre o que deve ser feito; desempenho das respostas passo a passo; transferência do controle dos olhos para outros sentidos; automatização da habilidade; generalização da habilidade em direção a um alcance continuamente mais amplo de situações de aplicação.

Como existem diversas palavras de ação apresentadas por Grant MacEwan apud Laaser (1997) a serem utilizadas na elaboração dos objetivos de aprendizagem, só serão citados aqui algumas palavras de ação que não devem ser usadas, a menos que se diga como pretende que os alunos demonstrem o que aprenderam. Tais palavras são: saber, apreciar, entender, ensinar, aprender, tornar-se ciente, perceber e compreender.

Além dos recursos já citados para auxiliar na elaboração de objetivos de aprendizagem há também um grande número de fontes que podem ser usadas para ajudar a formular os objetivos de um curso. Entre essas fontes estão: conteúdos programáticos para o programa e o curso; conteúdo da matéria; informações sobre os alunos; objetivos já existentes. E ainda após o término do trabalho de elaboração da unidade ou módulo, pode-se voltar e verificar-se de que cobriu todos os objetivos; talvez seja preciso que alguns sejam revisados e outros omitidos.

A partir dessas orientações, os objetivos gerais e específicos do curso foram planejados a partir da problemática da ausência ou ineficiência da assistência de enfermagem ao portador de depressão pelo enfermeiro da rede de atenção básica de saúde, ou seja, foi elaborado em termos do desempenho esperado do enfermeiro, particularmente do que atua na rede de atenção básica à saúde. Procurou-se planejar os objetivos de forma a contemplar os comportamentos desejáveis dos alunos após o desenvolvimento de cada módulo.

Para tanto, foram elaborados os objetivos gerais e os específicos do curso e posteriormente, foram elaborados os objetivos específicos de cada módulo.

Os objetivos foram os seguintes:

Objetivo geral do curso - é aperfeiçoar ou desenvolver as questões com que se defrontam os enfermeiros que lidam com a depressão nos diversos serviços de saúde. A meta é desenvolver estratégias mais eficientes nas ações voltadas ao indivíduo portador de transtorno depressivo, à família e à comunidade, melhorando a capacidade dos enfermeiros em promover o cuidado de enfermagem, de modo a maximizar os benefícios a estes.

Os objetivos específicos são:

- Apresentar os principais aspectos dos transtornos depressivos e o seu respectivo manejo.
- Reduzir o estigma associado aos transtornos depressivos.
- Oferecer oportunidades de aprendizagem, através de abordagens pedagógicas inovadoras, que permitam uma experiência de ensino-aprendizagem.
- Oferecer oportunidades de intercâmbio à distância entre alunos da graduação de enfermagem.

Módulo 1 – Introdução

- Indicar a importância do conhecimento do enfermeiro sobre os transtornos depressivos.
- Integrar o aluno com o ambiente on-line para o aprendizado.

Módulo 2 - Conhecendo os aspectos históricos, conceituais, epidemiológicos e fatores de risco.

- Conhecer o processo histórico dos transtornos depressivos ao longo da história da humanidade até os dias de hoje.
- Conhecer os conceitos básicos do transtorno depressivo.
- Identificar e analisar os principais fatores de risco para a depressão.
- Identificar a epidemiologia da depressão.

- Definir transtornos do humor.
- Identificar as mudanças do humor como uma parte normal da experiência humana emocional.

Módulo 3 – Classificação e diagnóstico dos transtornos depressivos

- Descrever os diferentes tipos de transtornos depressivos.
- Identificar as características clínicas associadas aos transtornos depressivos e usar essas informações na avaliação dos clientes.
- Conhecer os critérios para diagnóstico da depressão

Módulo 4 - Tratamento dos transtornos depressivos

- Apresentar diversas modalidades de tratamento para os transtornos depressivos.
- Identificar as diversas modalidades terapêuticas

Módulo 5 - Vamos falar das Psicoterapias?

- Identificar as diversas técnicas psicoterápicas.
- Conhecer as principais características de cada uma das modalidades de tratamentos psicoterápicos.
- Descrever a implementação das principais modalidades de tratamentos psicoterápicos.

Módulo 6 - Farmacoterapia

- Discutir o mecanismo de ação, o uso clínico e as reações adversas relacionados às drogas antidepressivas.
- Relacionar a farmacocinética e os problemas da utilização de múltiplos fármacos e interações medicamentosas.
- Identificar o papel do enfermeiro nos tratamentos psicofarmacológicos

Módulo 7 - Eletroconvulsoterapia (ECT) e Estimulação Magnética Transcraniana (EMT)

- Conhecer os aspectos históricos da ECT/EMT.

- Identificar as indicações, as contra-indicações, os efeitos colaterais e adversos da ECT/EMT.
- Descrever as técnicas e os cuidados de enfermagem pertinentes compreendendo as fases do processo de enfermagem.

Módulo 8 - Suicídio

- Descrever o continuum de respostas adaptadas e desadaptadas de autoproteção e comportamentos associados com respostas de autoproteção.
- Discutir dados epidemiológicos relacionados ao suicídio.
- Identificar os fatores predisponentes que contribuem para a etiologia do suicídio.
- Diferenciar fatos e mitos relativos ao suicídio.
- Descrever os fatores a serem considerados na avaliação do risco do suicídio.

Módulo 9 - O cuidado de enfermagem

- Identificar a sintomatologia associada aos distúrbios depressivos e usar essas informações na avaliação dos clientes.
- Descrever os comportamentos que o enfermeiro mais provavelmente observará em um indivíduo que está passando por um transtorno depressivo.
- Formular diagnósticos de enfermagem que poderão ser aplicados a clientes com transtornos depressivos.
- Identificar tópicos para orientação do cliente e seus familiares relativamente aos transtornos depressivos.
- Descrever prescrições de enfermagem apropriadas para cuidados frente aos comportamentos apresentados pelo portador de depressão.
- Descrever critérios para melhor avaliação do cuidado de enfermagem de clientes deprimidos.
- Analisar as intervenções de enfermagem relacionadas ao indivíduo deprimido.

c) Modalidade educacional

Nesta época, o desenvolvimento de materiais didáticos na EaD para o ensino na área da saúde já era objeto de estudo nas diversas profissões e nos mais variados países. No decorrer da discussão do projeto de pesquisa ocorreram contatos através da mídia: jornais impressos e eletrônicos, revistas educacionais e da área de ciências biológicas para o tema EaD. A partir disto, estava desperto o interesse para a EaD como ferramenta educacional que poderia permitir o acesso ao curso ou aula em diferentes lugares onde as pessoas se encontrassem e com os requisitos necessários para a participação em um curso em ambiente de EaD. Além disso, a informática na educação é uma realidade da qual os educadores têm sido convidados a atuar significativamente.

A EaD, além dos métodos tradicionais presenciais, é vista como um recurso de incalculável relevância para organizar um processo de educação permanente – EP, uma condição indispensável para uma pessoa ou uma organização decidir mudar ou incorporar novos elementos à sua prática e aos seus conceitos, o desconforto com a realidade atual, o contato com a necessidade de mudar ou de crescer, a percepção de que a maneira vigente de fazer ou de pensar é insuficiente ou insatisfatória para dar conta dos desafios do trabalho, e é considerada a estratégia fundamental para a recomposição das práticas no setor da saúde (COSTA NETO, 2000; BRASIL, 2004).

A EaD pode ser útil junto ao sistema de atenção básica predominante no Brasil: Programa de Saúde da Família, em razão da dimensão que atualmente tem ocupado nas diversas regiões do país, podendo atender com eficiência às necessidades de EP das equipes de saúde da família, servindo como meio apropriado à permanente atualização dos conhecimentos.

Vale lembrar que a EaD não pode ser vista como substitutiva de outras formas de educação convencional, mas sim como uma modalidade alternativa de EP.

A busca por conhecimentos avançados em EaD teve início por meio de um levantamento bibliográfico sobre o assunto aplicado à área de ciências biológicas e outras. As primeiras leituras sobre EaD aplicada à saúde ocorreram com artigos da área de medicina e odontologia em revistas impressas. Observou-se que outras áreas da ciência da saúde utilizavam a informática como ferramenta educacional e daí a idéia da utilização da EaD para o desenvolvimento de cursos de atualização para um curso sobre transtornos depressivos, podendo com isso alcançar profissionais de qualquer região e também, um maior número de pessoas.

Após a realização de levantamento bibliográfico extenso, leituras e releituras sobre a EaD, foi consolidada a idéia de que é pertinente desenvolver este material didático em modalidade educacional de EaD, pois esta pode romper com barreiras geográficas e de tempo, facilitando o acesso e a participação em um curso de atualização profissional.

A modalidade educacional escolhida para desenvolver o material didático sobre transtornos depressivos foi a EaD. Pretende-se que este curso seja desenvolvido, disponibilizado e aplicado totalmente a distância.

A dificuldade inicial veio da escassez de trabalhos sobre a EaD, especialmente na área de enfermagem. Os principais trabalhos vistos na área de saúde são: na medicina e na odontologia, embora alguns enfermeiros já estejam desenvolvendo trabalhos na área de informática.

Foram encontrados trabalhos que usam diversas formas de EaD, como teleconferência, videoconferência e softwares criados para EaD, entre outros. Entre estes ambientes criados para o ensino a distância estava o WebCT, embora fosse um ferramental de origem canadense foi utilizado pela USP durante um período de tempo determinado. E foi justamente neste período que se deu a escolha de uma proposta metodológica que usasse o computador e a Internet, pois era uma ferramenta que o pesquisador tinha acesso gratuito (adotado pela

instituição onde se realizou esta pesquisa). Isso tornava viável o seu uso, tanto para a manutenção da ferramenta como para os alunos participantes.

O método de trabalho será baseado na discussão teórica o aluno será estimulado a refletir e/ou produzir conhecimento sobre a atenção ao portador de transtorno depressivo, à sua família e comunidade. Pretende-se provocar o desenvolvimento de uma abordagem crítica do aluno acerca de seus próprios conhecimentos e/ou dos conhecimentos adquiridos e das suas práticas.

d) Mecanismos de avaliação

As avaliações utilizadas neste curso para aferir se os objetivos do curso foram alcançados e as estratégias adotadas foram apropriadas serão do tipo formativa e somativa.

Os formatos de avaliação escolhidos serão questões dissertativas, interpretação de texto e participação nas diversas atividades do curso. Buscou-se elaborar as atividades e utilizar formatos de avaliação de acordo com os objetivos de aprendizagem. Como o curso foi planejado para ser totalmente a distância, as avaliações serão a distância.

4.2.2 FASE DA ABORDAGEM PARA O PROJETO

As informações obtidas nas questões da fase anterior auxiliam na identificação da abordagem mais adequada ao curso.

Como já foi apresentado anteriormente, para o desenvolvimento do projeto do curso são recomendadas a utilização de duas abordagens, a instrucional e a interacionista.

Nas duas abordagens pressupõe-se um conjunto ordenado de atividades estruturadas e articuladas para a realização de certos objetivos educacionais, os quais têm um princípio e um fim conhecidos tanto pelos professores como pelos alunos. A partir da seqüência de atividades, do papel dos professores e dos alunos, da organização social da aula, da utilização dos espaços e do tempo, da organização dos conteúdos e da avaliação é que se define o processo de ensino-aprendizagem (UNICAMP, 2003).

Para o desenvolvimento deste trabalho somente a abordagem instrucional foi contemplada por que esta abordagem é a que a pesquisadora já tem contato.

Na abordagem instrucional, o professor tem a função de criar situações que permitam a exposição do aluno ao conteúdo; privilegia a relação entre o professor e o aluno, onde o papel principal é o do professor (UNICAMP, 2003).

A abordagem instrucional é dividida em duas etapas que são: a elaboração do projeto e o desenvolvimento do curso.

a) Elaboração do projeto

Para a elaboração do conteúdo de acordo com a abordagem instrucional são utilizadas um conjunto de orientações que auxiliam o professor em seu trabalho, que são:

- **Informações gerais** - foram reunidas as seguintes informações gerais sobre o curso de transtornos depressivos que irão auxiliar tanto o professor na organização do curso como também fornecem aos alunos uma visão geral da proposta do curso. São elas:

Título - Curso a Distância sobre Transtornos Depressivos para enfermeiros e/ou outros profissionais de saúde

Requisitos - conhecimentos básicos de informática e Internet e um computador com acesso à Internet.

Público Alvo - profissionais de nível superior e nível médio da área de enfermagem e alunos da graduação e pós-graduação em enfermagem.

Objetivo geral - aperfeiçoar ou desenvolver as questões com que se defrontam os enfermeiros que lidam com a depressão nos diversos serviços de saúde. A meta é desenvolver estratégias mais eficientes nas ações voltadas ao indivíduo portador de transtorno depressivo, à família e à comunidade, melhorando a capacidade dos enfermeiros em promover o cuidado de enfermagem, de modo a maximizar os benefícios a estes.

Duração do curso - O curso corresponde a uma carga horária total de 40 horas, a ser cumprida num período de 3 meses, devendo o participante dedicar ao mesmo uma carga horária semanal de cerca de 7 a 8 horas. Dez semanas consecutivas a partir da data de início do curso.

- **Estratégias metodológicas** - O curso será de encontros à distância, utilizando o ambiente de educação à distância, TelEduc. O conteúdo é dividido em 9 módulos, que serão distribuídos ao longo de 10 semanas, envolvendo os conteúdos programáticos descritos posteriormente.
- **Planejamento ou esboço do conteúdo** – O planejamento e a elaboração do conteúdo teórico para o curso a distância sobre transtornos depressivos, iniciou-se no primeiro semestre de 2003 e foi sendo trabalhado até o ano de 2004.

A estrutura didática de um curso a distância é o produto de cerca de doze a dezoito meses de esforço com seu planejamento, desenvolvimento, experimentação e avaliação (PETERS, 2001).

Desse modo, o tempo dispensado com o processo da estrutura didática de um curso a distância pode variar dependendo da carga horária e do conteúdo teórico do curso. O material didático deste estudo desenvolvido para ser aplicado em EaD utilizou-se de levantamento bibliográfico e texto construído extenso.

O planejamento do conteúdo inicia-se com a identificação dos objetivos do curso já elaborado na fase 1. O sequenciamento apropriado dos objetivos pode ajudar a estruturar o conteúdo, ou seja, a sequência dos objetivos específicos pode tornar-se a seqüência de apresentação do conteúdo.

Uma proposta de material educacional para atender o cuidado ao portador de transtorno depressivo deve incluir informações e detalhes em grau máximo. No caso deste curso voltado para enfermeiros, não se pode deixar de abranger as etapas do processo de enfermagem, acrescidas de literatura específica de psiquiatria.

Nesse sentido, Kapczinski, Quevedo e Izquierdo (2000) afirmam que é óbvia e fundamental a capacitação dos profissionais em saúde mental quanto à neurobiologia e a psicofarmacologia dos transtornos do humor.

A prática contextualizada resultante da dissertação de mestrado que abordou os principais aspectos dos transtornos depressivos para a prática do profissional de saúde, a experiência profissional da pesquisadora e da orientadora, o levantamento bibliográfico recente, permitiram obter dados para desenhar o esboço inicial do curso.

Para a elaboração da estrutura inicial do curso sobre “Transtornos Depressivos” foi utilizado o material teórico impresso sobre transtornos do humor desenvolvido pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 1999) que foi utilizado em um trabalho realizado pela OPAS e EERP/USP junto aos enfermeiros da rede básica de saúde, em Ribeirão Preto no ano de 1999 e na dissertação de mestrado da pesquisadora que também buscou o conhecimento sobre depressão (SILVA, 2001).

Acrescentou-se a este material as referências bibliográficas do levantamento realizado na biblioteca central da USP/Ribeirão Preto, na biblioteca central da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), na biblioteca da Universidade de São Paulo – São Carlos, na biblioteca da Universidade Pontifícia de Campinas (PUC), na biblioteca da Universidade Estadual de

Campinas (UNICAMP) e nas unidades de Administração e economia, informática, pedagogia e psicologia da Universidade de São Paulo – São Paulo, além do SIBI (Sistema Integrado de Bibliotecas).

Com base em Laaser (1997), Peters (2001) e Amarante (2003), procurou-se utilizar e adequar o estilo de escrita conversacional para a elaboração do material didático, onde o professor fala com os alunos por meio da escrita, sendo amigável e incentivador, envolvendo-os em um diálogo. Para isso, foi utilizado um estilo pessoal, dirigindo-se aos alunos como “você” e referindo-se a si mesmo como “eu”. Também, buscou-se uma linguagem de fácil compreensão, considerando os seguintes aspectos: os parágrafos devem conter apenas uma idéia principal, ou duas idéias relacionadas; escrever frases curtas, contendo não mais do que vinte palavras cada uma; evitar negações em excesso numa mesma frase; explicar todos os termos técnicos e fazer a adequação da escrita à habilidade de leitura dos alunos.

A informação apresentada em pequenas quantidades ajuda o aluno a aprender. Com isso, o conteúdo deve ser dividido em partes. Dentro de cada parte ou seção, o conteúdo é ainda subdividido em parágrafos, de modo que várias informações sejam reunidas no local a que pertencem. Para dar coesão à unidade ou módulo, os seguintes pontos devem ser observados: as partes ou seções devem ser auto-suficientes; os parágrafos devem apresentar apenas uma idéia ou duas idéias relacionadas; usar subtítulos para que os alunos possam ver que está sendo apresentada uma nova idéia; recapitule as idéias principais ao fim de cada seção (LAASER, 1997).

A estruturação do material didático sobre transtornos depressivos deu-se da seguinte forma: 1) o conteúdo teórico do curso foi dividido em nove módulos (organizados em seqüência lógica), os respectivos objetivos e informações necessárias para o entendimento e acompanhamento do curso; 2) A escolha dos tópicos do conteúdo teórico baseou-se principalmente, no curso realizado pela OPAS, no ano de 1999, para enfermeiros da rede de

atenção básica em Ribeirão Preto – SP, na dissertação de mestrado do pesquisador e nos objetivos específicos do curso. 3) Após a escolha dos tópicos foi realizado levantamento bibliográfico com seleção de material sobre transtornos depressivos. 4) A distribuição do tema nos diversos módulos.

Dentre outros elementos que normalmente compõem um projeto pedagógico, são ressaltados alguns, por estarem mais intimamente ligados aos cursos à distância mediados por computador. Tais elementos, quando devidamente elaborados e encadeados, podem formar a estrutura básica do curso/disciplina que se queira oferecer a distância com mediação do computador e da Internet: Denominação do curso; Objetivos do curso; Parâmetros de seleção do alunado; Ementa descritiva do curso; Conteúdo programático do curso; Calendário do curso; Ferramentas de interação; Método de trabalho dos alunos; Parâmetros de avaliação (VIEIRA, 2002).

Assim, de acordo com Peters (2001) e Laaser (1997) a estruturação do curso à distância sobre transtornos depressivos se deu com base nos elementos básicos que qualquer um curso de ensino deve conter: apresentação geral do curso que mostra a abrangência do mesmo e situa o aluno; desenvolvimento de cada módulo – estes elementos compõem um curso de forma organizada, contendo um currículo do curso, instrução e avaliação. O Currículo do curso consta de: sumário, introdução, objetivos, importância do assunto, estabelecer conhecimentos básicos, testar no aluno os conhecimentos prévios e se o aluno não tiver esses conhecimentos oferecer referências de outros cursos a distância relacionada a este, livros, artigos, revistas jornais e endereços da Internet. A Instrução é o desenvolvimento de cada um dos tópicos sobre transtornos depressivos que contém os elementos básicos da aprendizagem (conceitos, procedimentos; o conteúdo pode ser desenvolvido por meio de regra, exemplo ou métodos e avaliação); anexos; referências.

O conteúdo do material didático sobre transtornos depressivos foi organizado em 9 módulos de acordo com Laaser (1997), Peters (2001) e Amarante (2001). Cada um dos módulos tem as seguintes seções:

- Apresentação – é a seção inicial do módulo, em que se busca contextualizar o tema tratado dentro do desenvolvimento do curso.
- Objetivos do módulo – apresenta, de modo sintético, os objetivos específicos de cada módulo a ser estudado.
- Desenvolvimento do conteúdo – é o corpo do texto em si.
- Glossário – em alguns casos, existe termos cujo entendimento é indispensável para o acompanhamento do texto apresentado no módulo, nesses casos, o termo que está destacado em negrito é conceituado no que chamamos de glossário. Este aparecerá no decorrer do módulo, sempre que for necessário.
- Destaques – destacam alguma idéia que está sendo apresentada, ou fazem um apanhado, organizam um tema que está sendo debatido no momento.
- Bibliografia, Leitura recomendada e dicas de filmes – ao final de cada módulo são indicadas como bibliografia os textos utilizados pelos autores na elaboração do texto. As leituras recomendadas são textos importantes que merecem uma atenção especial.
- Tarefas a serem enviadas – este é o exercício de caráter formal e obrigatório de cada módulo. O aluno deve prepará-lo e encaminhá-lo ao seu professor. A sugestão é que esta tarefa seja o instrumento de avaliação formal do curso que permitirá ao aluno alcançar o certificado final.

Na abordagem instrucional o conteúdo programático é dividido em módulos referentes a objetivos de aprendizado específicos, que foram definidos a partir das sugeridas para a fase de análise.

Módulo 1- Introdução: O que será que vem por aí? - apresentação dos participantes do curso e do ambiente on-line, importância do conhecimento sobre depressão para o enfermeiro e introdução a educação a distância.

Módulo 2 - Conhecendo os aspectos históricos, conceituais, epidemiológicos e fatores de risco.

Módulo 3 - Classificação e o diagnóstico dos transtornos depressivos: distímia, transtorno depressivo maior e transtorno bipolar.

Módulo 4 - Tratamento dos transtornos depressivos: metas, passos, fases e objetivos.

Módulo 5 - Vamos falar das Psicoterapias?: objetivos, tipos (cognitivo, interpessoal, psicanálise, familiar, de casais, de grupo, e centrada no cliente), vantagens e desvantagens.

Módulo 6 – Farmacoterapia: classificação dos antidepressivos, contra-indicações, efeitos colaterais, interações medicamentosas, vantagens e desvantagens dos medicamentos antidepressivos e o papel do enfermeiro no tratamento farmacológico.

Módulo 7 - Eletroconvulsoterapia e Estimulação Magnética Transcraniana (EMT): princípios básicos, indicações, contra-indicações, técnica e cuidados de enfermagem.

Módulo 8 – Suicídio: continuum de respostas adaptadas e desadaptadas de autoproteção, comportamento suicida, fatores epidemiológicos, fatores de risco, fatos e mitos, avaliação do indivíduo com potencial autodestrutivo e estratégias de prevenção.

Módulo 9 - O cuidado de enfermagem: atividades, relacionamento enfermeiro-cliente, aplicação do processo de enfermagem ao portador com transtorno depressivo e aspectos a serem abordados na educação da família.

Os módulos foram organizados de acordo com a seguinte estrutura: título do módulo, introdução ou apresentação, corpo ou desenvolvimento do módulo, atividades propostas de cada aula e avaliação da unidade e trata de um tema bem determinado. A introdução foi

composta de objetivos, uma apresentação do conteúdo a ser trabalhada e orientações para os alunos.

O material didático sobre “Transtornos depressivos” (apêndice A) deverá ser oferecido num processo educacional através de um ambiente a distância. Para isso, pretende-se utilizar como ferramenta para execução de um curso a distância, o ambiente denominado TelEduc.

Outra questão que mereceu cuidados na organização do curso foi à determinação da sua carga horária. Frequentando um curso em ambiente a distância sobre “planejamento de cursos a distância” junto à UNICAMP questionou-se sobre como estabelecer a carga horária em EaD. Os tutores manifestaram que não utilizam nenhuma referência para o estabelecimento da carga horária, podendo variar de um curso para outro. Foi relatado que a carga horária de um curso aplicado pela primeira vez pode ser provisória e ao longo da execução do mesmo ou ao longo do oferecimento de vários cursos é que fica estabelecida a carga horária definitiva, supostamente a mais adequada.

Na análise do Exame de Qualificação deste doutorado, uma das examinadoras que participou de um curso pela UNED recomendou que 1h de curso presencial pode corresponder de 12 a 15 páginas de curso virtual. Além disso, recomendou que um curso virtual deve ser acompanhado dos seguintes materiais didáticos: guia didático, unidade didática, guia do tutor e cadernos de atividades.

Ao aplicar a conversão do texto escrito para um curso a distância utilizou-se a proporção de 12 a 15 páginas de curso virtual correspondente a 1 h de curso presencial. Sendo assim, o curso proposto sobre depressão tem um total de 141 páginas de curso virtual o que corresponderia a 10 h.

A distribuição do conteúdo teórico e da respectiva carga horária em cada módulo estabeleceu-se do seguinte modo:

Módulo 1 – Introdução: O que será que vem por aí? (12 páginas).

Módulo 2 – Conhecendo os aspectos históricos, conceituais, epidemiológicos e fatores de risco (14 páginas).

Módulo 3 – Apresentando a classificação e o diagnóstico (16 páginas).

Módulo 4 – Como será o tratamento? (8 páginas).

Módulo 5 – Vamos falar das psicoterapias? (21 páginas).

Módulo 6 – Apontando a farmacoterapia (19 páginas).

Módulo 7 – Será que a eletroconvulsoterapia é indicada? (12 páginas).

Módulo 8 – Suicídio (13 páginas).

Módulo 9 – O cuidado de enfermagem (26 páginas).

Para se estabelecer a carga horária do curso foram englobadas todas as atividades do mesmo. Ficou estabelecido: 10 h para a leitura e estudo do conteúdo teórico dividido em 1h por semana para a leitura. A carga horária semanal foi distribuída entre as atividades a seguir: 1 h para a leitura do conteúdo teórico, 1h para as tarefas, 1h para o chat e 1h para o fórum de discussão.

O total de horas de dedicação semanal ao curso deverá ser de mais ou menos 4 a 5 h. Se o curso é composto de nove módulos multiplicado por 4 h semanais, tem-se um total de 36 h que somados às 4h para avaliação ao final do curso, estabeleceu-se a carga horária total do curso em 40h.

Planejamento da dinâmica do curso - As unidades serão disponibilizadas de acordo com o calendário estabelecido.

A aplicação e o acompanhamento do aluno em EaD quanto ao desenvolvimento dos módulos pode ser desenvolvido em seqüência ou não. Uma vez matriculado, o aluno poderá ter à sua disposição os módulos e todas as atividades previstas em cada módulo, podendo, assim, escolher por começar, dentre o que lhe é permitido e conseqüentemente por onde caminhar. Caso o professor/tutor não especifique uma seqüência para as atividades, ele pode,

recomendar um caminho para o aluno percorrer não tendo implicação nenhuma no cumprimento por parte do aluno (SILVA, 2002).

Geralmente, a disponibilização dos módulos para os alunos se dá em uma seqüência. Algumas questões que provavelmente influenciam na seqüência ou não dos módulos são: o pagamento da mensalidade e talvez se o aluno tiver todo o conteúdo no início não termine o curso; se os alunos tiverem acompanhando módulos diferentes. Isso pode dificultar a comunicação/troca entre os alunos (alguns ambientes para EaD utilizam chat e fórum de discussão) e pode também dificultar o trabalho do professor tratando de assuntos diferentes ao mesmo tempo dentro de uma mesma sala virtual.

Diante disso, os módulos devem ser disponibilizados em seqüência, porém alguns poderão ser optados pelos alunos. Isso provavelmente só será definido no momento em que for disponibilizar o curso, pois fica difícil a definição sem o contato com o público-alvo no contexto que será realizado.

Planejamento da avaliação: formativa, com atribuições de atividades em cada unidade. Será pelo número de acessos e de postagens enviadas e pela qualidade das inferências durante as discussões nas ferramentas de comunicação (correio eletrônico, fórum de discussão e sessões de bate-papo, etc); por meio de exercícios sob a coordenação e supervisão do professor/tutor; periodicidade de atualização de informações relevantes para o curso; uso da netiqueta (etiqueta de comportamento da Web). Ao final de cada módulo, haverá exercícios que devem ser realizados como condição indispensável para obtenção do certificado de conclusão do curso.

O trabalho desenvolvido pelos estudantes, ao longo do curso, deve ser partilhado online com outros colegas, que por sua vez devem oferecer o devido retorno (SOARES, 2003).

Desse modo, após a realização das tarefas dos alunos ao final de cada módulo podem ser compartilhadas, contribuindo para o enriquecimento do processo ensino-aprendizagem.

Neste curso, as tarefas terminadas deverão ser compartilhadas e posteriormente, discutidas entre os participantes do curso.

Por fim, deve-se lembrar que sistemas de EaD precisam ser continuamente avaliados para se verificar seu desempenho. Assim como, aprimora-los para fazer atender melhor às necessidades do projeto.

Até aqui foi descrita a fase de planejamento e desenvolvimento do programa e de conteúdo teórico do material didático. O próximo passo, será de descrever sucintamente o desenvolvimento do curso no que se refere à fase de elaboração dos arquivos de conteúdo (já elaborados) para o curso sobre transtornos depressivos.

4.3 ELABORAÇÃO DOS ARQUIVOS DAS INFORMAÇÕES GERAIS E DOS ARQUIVOS DE CONTEÚDO

A fase de desenvolvimento do curso é dividida entre a elaboração dos arquivos de informações gerais, a elaboração dos arquivos de conteúdo do curso, publicação na web e a implementação da comunicação.

Para a elaboração dos arquivos que contém informações gerais (denominado de arquivo de apresentação sobre o curso) e dos arquivos de conteúdo, será transportado o conteúdo já elaborado das informações gerais e do conteúdo do material didático ou instrucional utilizando os recursos e ferramentas disponibilizadas no ambiente TelEduc.

A partir disto, parece pertinente uma breve abordagem do ambiente à distância, o TelEduc, descrita a seguir.

Informações e ferramentas são disponibilizadas na tela do computador, incorporando uma série de recursos, despertando a comunicação e a interação entre as pessoas.

É através de um ambiente virtual que um curso a distância pode ser acessado. É um ambiente produzido pelo homem a fim de proporcionar diferentes graus de liberdade ou controle, fornecendo espaços para explorar, expressar, comunicar idéias, passar informações e conseqüentemente produzir conhecimento. Virtual vem do latim medieval *virtualis*, derivado por sua vez de *virtus*, força, potência; é o que existe em potência e não em ato (NEVES, 2003).

Hoje, já é pode-se ter acesso a programas que facilitam a criação de ambientes virtuais, que aproximam alunos e professores na Internet. Alguns ambientes virtuais foram produzidos no Brasil, como o TelEduc da UNICAMP de Campinas - SP, o CoL da Universidade de São Paulo, e no exterior, o WebCT do Canadá, entre outros.

Estes ambientes de educação a distância permitem que o professor disponibilize o seu curso, oriente as atividades dos alunos, e que estes criem suas páginas, participem de pesquisas em grupo, discutam assuntos em fóruns ou chats. O curso pode ser construído aos poucos, as interações ficam registradas, as entradas e saídas dos alunos monitoradas. O papel do professor é ampliado significativamente. Ocorre a transformação do professor-informador, que dita conteúdo, transforma-se em orientador de aprendizagem, em gerenciador de pesquisa e comunicação, dentro e fora da sala de aula, de um processo que caminha para ser semi-presencial, aproveitando o melhor do que podemos fazer na sala de aula e no ambiente virtual (MORAN et al., 2003).

Assim sendo, estes ambientes oferecem ao professor uma visão pedagógica inovadora e aberta que pressupõe a participação dos alunos, a oportunidade de utilizar ferramentas simples da Internet para melhorar a interação presencial-virtual entre todos.

A partir do conhecimento desses ambientes virtuais teve início a discussão e logo após a decisão de que o material sobre depressão seria disponibilizado utilizando alguma modalidade de EaD. A segunda preocupação foi sobre qual a modalidade de EaD. Foi escolhido um ambiente de EaD, o WebCT criado no Canadá, porque ele era utilizado pela Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto.

Inicialmente, pensou-se no uso do WebCT. Entretanto, em dezembro de 2004, não houve a renovação do contrato da USP para utilização desse ambiente e em razão da instituição onde o trabalho foi desenvolvido não possuir mais o WebCT pensou-se em outra opção.

Decidiu-se pelo ambiente de EaD, o TelEduc, desenvolvido pela UNICAMP e que já está disponível na rede da EERP/USP. A escolha do TelEduc deu-se por ser gratuito e pelo seu uso funcional. Apresenta funcionamento simples (não requer dos envolvidos no curso conhecimentos avançados em informática). Também pode ser utilizado por instituições educacionais ou de saúde e pelo fato de que algumas Instituições educacionais públicas de ensino superior com alguma experiência iniciada em EaD de alguns estados já utilizam esta plataforma (UNIFEI, UFRG, UNIFESP, SENAC). Além disso, a pesquisadora já participou de cursos que utilizaram o ambiente de EaD: o TelEduc.

O TelEduc foi desenvolvido pelo Núcleo de Informática Aplicada à Educação (NIED) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). É um ambiente para a criação, participação e administração de cursos na Web. Suas principais características são:

- Foi desenhado para ser utilizado por usuários (aluno e professor) sem grande experiência técnica em computadores; conjunto de ferramentas que facilita o aprendizado, comunicação e elaboração; conjunto de ferramentas administrativas que auxiliam o professor no decorrer do curso; utiliza-se a World Wide Web (a Internet); pode ser usado

para criar cursos ou simplesmente disponibilizar material para cursos já existentes; interface amigável.

- Possui quatro classes de usuários: administrador designer (desenvolvedor/professor), monitor, aluno; cada classe desempenha um trabalho específico; **administrador** - existe somente uma conta de administrador que é o responsável por inicializar e apagar cursos, e alterar as senhas dos designers; essa pessoa não pode alterar – o conteúdo dos cursos, utilizá-lo como aluno ou trocar a senha dos estudantes; obrigatoriamente a senha da conta é administrador ou admin; **designer** – cada curso possui uma conta para o designer que normalmente será o instrutor do curso; essa pessoa poderá manipular todo o curso, criar provas, acompanhar o desempenho dos alunos, controlar frequência, criar as contas dos alunos, etc; depois de escolhido o número da conta do designer este não poderá ser alterado, só poderá ser alterada pelo administrador; **monitor** – cada curso pode ter vários monitores; tem os mesmos privilégios que o aluno além de possuir acesso às avaliações e testes ao desempenho de cada estudante; o designer é o responsável por criar as contas dos monitores; **alunos** – cada curso pode ter vários alunos; o estudante não pode alterar o conteúdo do curso; o designer é o responsável pela criação das contas dos alunos e pode permitir que cada um altere sua senha.
- Possui diversas ferramentas e funcionalidades para auxiliar o professor, tais como: **ferramentas básicas**: fórum – ferramenta assíncrona utilizada como uma área de troca de mensagens, internas entre alunos e professores de um curso ou disciplina, para debate e discussão sobre os temas abordados; e-mail – ferramenta assíncrona de envio e recebimento de mensagens eletrônicas, internas (não é possível enviar ou receber mensagens fora do sistema da disciplina ou curso entre alunos e professores, onde somente a pessoa que enviou e a pessoa que recebeu a mensagem têm acesso à mesma; cada curso ou disciplina possui uma ferramenta de e-mail único, com caixa de entrada e

saída únicas; chat – ferramenta síncrona de troca de mensagens instantâneas, internas de disciplina ou curso, onde alunos e professores trocam mensagens para debates e tomadas de decisões; agenda – ferramenta cujo propósito é o agendamento de atividades comuns, realizado pelo professor ou agendamento de atividades particulares, realizado pelos alunos; a visualização das atividades comuns realizada por todos os alunos da disciplina e das atividades particulares realizada somente por aquele aluno que efetuou o agendamento.

funcionalidades (serve para a disponibilização do material didático) - gerenciador de arquivos – é uma área específica do professor; funcionalidades do sistema utilizado pelos professores para administrar arquivos - copiar, colar, renomear, apagar, compactar e descompactar arquivos e pastas podendo enviar e fazer download de arquivos no servidor (do Word, PowerPoint, ZIP) de seu computador, tendo como objetivo disponibilizar esses arquivos como materiais didáticos; adicionar páginas ou ferramentas às páginas do sistema – funcionalidade do sistema que permite o professor adicionar novas ferramentas e novas páginas pessoais contendo seu material didático, sites da internet e links para o conteúdo do gerenciador de arquivos em sua área de trabalho (página principal); gerenciador de área de trabalho (página principal) – funcionalidade do sistema que permite ao professor lidar com os links (ícones); proporciona uma gama de opções para personalizar, editar e adicionar elementos de sua página: editar ícones com respectivos links; adicionar textos à sua página; personalizar cores, tamanhos e imagens; adicionar e modificar imagens e cores de fundo; adicionar contadores de acesso; ocultar ou revelar ícones aos alunos.

Tecnicamente, refere-se a um sistema de gerenciamento de curso no ensino a distância. É sistema integrado de “ferramentas” que permite ao seu instrutor criar um curso distinto em conteúdo e design, fazendo uso de interfaces gráficas para o desenho do material.

O texto do material didático aqui desenvolvido na íntegra destina-se a ser usado como material de apoio. Já a sua utilização em aulas virtuais requer a redução do conteúdo teórico a ser utilizado para a apresentação das aulas. Do mesmo modo, é recomendado o uso de tópicos, de figuras e da interatividade, uma vez que a comunicação é realizada por meio de palavras, símbolos e imagens, nenhum curso de educação a distância estaria completo sem qualquer um destes. Ilustrações, diagramas ou meios audiovisuais são uma parte muito importante de todos os materiais educacionais; são boas para a transmissão de idéias concretas; conseqüentemente servem de apoio ao ensino de conceitos e para a comunicação de idéias simultaneamente (LAASER, 1997). Essa etapa do desenvolvimento do curso a distância deverá ser feita posteriormente com a ajuda de técnicos com experiência em tecnologias usadas para cursos a distância.

Assim, deu-se o término da elaboração do material didático. Após o término da elaboração do material didático, é recomendado o teste prévio como parte integrante de qualquer programa de produção de material de EaD.

Portanto, o próximo passo desse trabalho é a análise do material didático por especialistas.

5 ANÁLISE DO MATERIAL DIDÁTICO POR ESPECIALISTAS

Entende-se por análise a determinação dos elementos que se organizam em uma totalidade, dada ou a construir, material ou ideal (AURÉLIO, 2001).

Na análise são evidenciados os elementos e os princípios fundamentais do pensamento. No caso da análise deste material didático, buscou-se determinar os elementos que deviam constituir o conteúdo sobre transtornos depressivos na educação a distância.

Uma das razões mais importantes por que os materiais de EaD devem ser testados previamente é determinar a adequação deles para que atendam às necessidades dos estudantes, aos objetivos do curso e ser relevantes para o contexto social no qual os alunos vivem. Além disso, se eles forem ao mesmo tempo relevantes e adequados, provavelmente também serão úteis. Também é preciso determinar se os materiais trazem informações atualizadas e precisas. Outra razão para o teste prévio dos materiais é descobrir quão interessantes e motivadores eles são (LAASER, 1997).

Para fins deste estudo, o material didático vai ser testado principalmente para obter informações úteis sobre o que deve ser melhorado, de modo que os materiais elaborados possam corresponder aos objetivos os quais foram desenvolvidos.

Alguns aspectos principais do material precisam ser testados. Tais aspectos podem ser divididos em duas partes: o verbal e o visual. Ao examinar rapidamente uma unidade, à primeira vista, o que Laaser (1997) chama de teste prévio dos elementos visuais, pode-se verificar um grande número de coisas sem ler o conteúdo. Por isso, tudo o que se segue pode ser examinado dessa maneira: sumário; títulos e subtítulos; seções: suficientes e balanceadas; atividades; número e variedade; formato e disposição dos elementos; tipologia e corpo; comprimento; atratividade; paginação; numeração e ordenação. Diferentemente dos elementos

visuais, os elementos verbais precisam ser lidos em detalhe para ser completamente verificados.

O autor citado acima observa alguns aspectos dos elementos verbais que precisam ser considerados para obter retorno ao pré-testar a unidade ou módulo: linguagem – uma das primeiras coisas que precisam ser determinadas é o grau de dificuldade da linguagem através do exame do vocabulário, o comprimento das frases e dos parágrafos, a estrutura das sentenças; estrutura gramatical – a boa ortografia e uma pontuação correta e suficiente ajudam a tornar o texto mais legível; ligações com os módulos anteriores do curso e pontes entre as seções e parágrafos dentro da unidade são muito importantes.

Quanto ao conteúdo deve ser realizado um exame detalhado para revelar o grau de dificuldades dos conceitos e informações que estão sendo apresentadas. Um claro ordenamento e sequenciamento do conteúdo, assim como exemplos abrangentes e relevantes, ajudam a tornar o texto mais facilmente compreensível. Além disso, é relevante achar que novas informações os estudantes estão recebendo e se estas não são superficiais demais. Deve estar claro também que o teste prévio deve revelar se todos os objetivos estão sendo abrangidos e se não há algum conteúdo sendo omitido. A verificação do conteúdo também inclui ver quão bem a aprendizagem ativa foi incorporada ao texto, ou seja, se todos os testes de avaliação, tarefas, ilustrações e resumos, entre outros, precisam ser examinados em relação à precisão, clareza e valor instrucional (LAASER, 1997).

Após a identificação do que precisa ser examinado é preciso saber e determinar de quem obter opiniões. A escolha dos especialistas para opinar sobre o material didático de transtornos depressivos deu-se a partir das recomendações, descritas a seguir.

A obtenção de opiniões que podem proporcionar um retorno sobre o assunto deve ser feita por diferentes grupos de pessoas sobre o assunto, os especialistas, que são de dois tipos:

os especialistas no assunto e os especialistas em educação a distância. Os módulos devem ser testados por ambos (LAASER, 1997).

O autor acima enumera o grupo de pessoas que devem ser envolvidas para obtenção de opiniões. O primeiro grupo vai dizer se o módulo está correto, atualizado de acordo com o programa estabelecido. O outro irá dizer se o módulo está de acordo com um formato de educação a distância, se tem tarefas apropriadas e se ela é fácil de ser lida e compreendida por alunos que estejam estudando a distância. O segundo grupo pode ser de pessoas com as quais se trabalha da área específica do tema, mesmo que não sejam especialistas em educação a distância; estes podem propiciar um retorno valioso sobre: nível da linguagem, a relevância dos exemplos, a dificuldade dos conceitos e a apresentação geral do material. E o terceiro grupo são os próprios estudantes; devem ser pessoas quem foi escrito o módulo ou curso, ou seja, os consumidores do material, que podem ser: professores e técnicos em serviço e adultos que estão estudando disciplinas acadêmicas.

Desse modo, na escolha dos sujeitos para obtenção de opiniões buscou-se a população descrita a seguir.

5.1 POPULAÇÃO/AMOSTRA

Conceitua-se população ou universo como o conjunto de seres que apresentam pelo menos uma característica em comum. A amostra é uma porção ou parcela, convenientemente selecionada do universo (população) de sujeitos possíveis ou população total. Há duas grandes divisões no processo de amostragem: a probabilista e a não-probabilista (MARCONI; LAKATOS, 2002).

Este estudo utilizou-se da amostragem não probabilista intencional que tem como principal característica não fazer uso de formas aleatórias da seleção. Nesta, o pesquisador está interessado na opinião (ação, intenção. etc) de determinados elementos da população, mas não em sua representatividade numérica.

A população do estudo constituiu-se de profissionais da área de saúde mental com experiência de atuação em transtornos depressivos. Foi utilizada amostra intencional para garantir maior participação na análise do material teórico do curso. Foram convidados profissionais especialistas na prática e/ou ensino da depressão porque o material exigia cuidadosa avaliação do conteúdo.

A diversidade do grupo de profissionais da área de saúde a opinarem sobre o material didático em transtornos depressivos a distância objetivou contemplar os seguintes critérios: 1- ser especialista da área de psiquiatria com experiência profissional na prática e/ou na docência em saúde mental com conhecimento nos conteúdos dos diversos módulos, especialmente em psicopatologia, psicoterapias e farmacologia; 2-disponibilidade para a análise do extenso material em profundidade; 3- concordar com as condições da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O grupo de 6 especialistas em Psiquiatria e Saúde Mental foi assim composto: 2 doutoras em enfermagem psiquiátrica, docentes do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas (EPCH) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo (EERP/USP), do EPCH da EERP/USP; 2 enfermeiras assistenciais, sendo uma da Unidade de Internação Psiquiátrica e Hospital Geral – (HCRP/USP) e a outra que presta atendimento no Ambulatório Regional de Saúde Mental (ARSM) da Prefeitura de Ribeirão Preto; 1 psiquiatra do Hospital Dia do Hospital das Clínicas da FMRP/USP; 1 psicóloga clínica com longa experiência e atenção a pacientes depressivos.

5.2 LOCAL DE ANÁLISE

O estudo do material didático foi realizado em duas cidades do interior do estado de São Paulo por serem ambientes de trabalho e do desenvolvimento da pesquisa:

- Ribeirão Preto – foram envolvidos profissionais das seguintes Instituições: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/Universidade de São Paulo (EERP/USP); Hospital das Clínicas (HC/FMRP/USP); Ambulatório de Saúde Mental; Núcleo de Atenção Psicossocial -NAPS.
- Fernandópolis – Clínica de Psicologia

5.3 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

A escolha do instrumento de coleta dos dados deu-se a partir do preceito de Tobar e Yalour (2001) quando diz que pesquisar com métodos quantitativos envolve a experiência e um instrumento com perguntas fechadas, precodificadas e estandarizadas.

Neste estudo, utilizou-se uma escala para medida de opinião sobre cada um dos itens. Foi construída com base na experiência científica dos pesquisadores e na literatura sobre testes e cursos a distância.

Esse instrumento de coleta de dados é constituído por uma série ordenada de perguntas, que devem ser respondidas por escrito e sem a presença do entrevistador (SILVA et al. apud MARCONI; LAKATOS, 2002).

Optou-se pela construção e utilização da escala ao considerar que o estudo buscava a opinião dos especialistas em saúde mental e psiquiatria sobre um tema de seu conhecimento. Além disso, foi utilizada uma amostra pequena e o material a ser analisado era extenso.

No processo de elaboração da escala foram considerados alguns passos propostos por Marconi e Lakatos (2002); Tobar e Yalour (2001) modificados pela pesquisadora:

- O pesquisador deve conhecer profundamente o tema para poder dividi-lo, reunindo os principais temas, e, de cada um deles, extrair duas ou três perguntas;
- Deve ser limitado em extensão e em finalidade. Se for muito longo, pode desviar o interesse e se for curto demais, corre o risco de não oferecer informações suficientes; não deve demorar mais do que 30 minutos para ser respondido. O número de perguntas não é fixo: varia de acordo com o tipo de pesquisa e dos informantes;
- Deve estar acompanhado por instruções definidas e notas explicativas, para que o informante saiba o que se deseja dele;
- O aspecto material e a estética também devem ser observados: tamanho e facilidade de manipulação, espaço suficiente para as respostas, a disposição dos itens de forma a facilitar a computação dos dados;
- Numerar as folhas, as questões e os subitens;
- A forma para assinalar as respostas deve permanecer sempre a mesma em todo o instrumento.

O desenho de um instrumento de coleta de dados é tanto uma forma de arte como também uma decisão científica. Segundo Kinnear & Taylor apud Silva et al. (1997) não existem passos ou medidas que possam assegurar que o mesmo seja totalmente efetivo e eficiente. Tal conhecimento é uma habilidade desenvolvida pelo pesquisador ao longo de seus trabalhos que construída através da leitura de uma série de diretrizes conhecidamente sugeridas.

O processo de elaboração foi longo e complexo, necessitando de cuidado na seleção das questões, considerando a sua importância, oferecendo condições para a obtenção de informações válidas. Os temas foram escolhidos de acordo com os objetivos a que se propunha o estudo.

As questões da escala tiveram por base nos pressupostos teóricos do atendimento ao portador de transtorno depressivo pelo profissional de saúde priorizado na elaboração do conteúdo teórico do curso, assim como, nos pressupostos pedagógicos recomendados na elaboração de curso presencial e/ou à distância.

Opinião é a posição mental consciente e manifesta sobre algo ou alguém. É considerada uma postura estática, um modo de ver, considerado verdadeiro, através de processos intelectuais, onde o componente cognoscitivo é predominante (ANDER-EGG apud MARCONI; LAKATOS, 2002).

Para se conhecer a opinião dos profissionais de saúde mental e psiquiatria sobre o conteúdo do curso em transtornos depressivos, foi construída uma escala para se obter uma medida mais objetiva da análise de cada um dos itens (apêndice B).

Utiliza-se medida escalar quando se pretende medir a intensidade das opiniões na forma mais objetiva possível (TOBAR; YALOUR, 2001). Como os números tratam de medida, conseqüentemente eles representam algum aspecto da realidade, indicando diferentes magnitudes de uma propriedade o atributo da realidade estudada (PASQUALI, 1999).

Desse modo, optou-se por um instrumento que utilizou como ferramenta de medição a forma de escala do tipo de Likert.

Para a construção do instrumento, tomou-se por base o passo recomendado por Polit e Hungler (1985), Pasquali (1999), Lobiondo-Wood e Haber (2001) e Marconi e Lakatos (2002). Foram elaboradas as proposições consideradas importantes diretamente relacionadas com o objeto em estudo: material didático de transtornos depressivos. As proposições foram

apresentadas a um certo número de pessoas que indicaram suas opiniões, anotando os valores que correspondem a: completa aprovação, aprovação, neutralidade, desaprovação incompleta, desaprovação. Depois da auto-aplicação do instrumento conceder-se uma pontuação as respostas. O resultado da soma dos pontos individuais obtidos pela graduação quantifica as proposições. A pontuação mais alta expressa a aceitação das proposições expressadas de modo positivo ou falta de aceitação as proposições expressas.

Foram utilizadas questões fechadas com graduações de 0 a 5 para indicar a opinião dos especialistas, somando um total de sete (7) questões. Após cada proposição houve espaço para observações que o sujeito julgasse necessárias. Na introdução do instrumento havia questões sobre a identificação do sujeito (nome, sexo, estado marital, titulação, tempo de formado, tempo de experiência no ensino superior/médio, tempo de experiência assistencial – área/tempo e local de trabalho) o que permitiu a caracterização da amostra.

5.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O projeto foi analisado e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da EERP/USP

Os especialistas foram contatados pessoalmente e consultados por telefone pela pesquisadora para participar do estudo. Por meio destes, foi feita uma prévia explicação da pesquisa e dos objetivos. A partir da concordância dos sujeitos foi agendado um encontro individual com cada um para a explicitação e esclarecimentos sobre o estudo, para a entrega do material a ser analisado e assinatura do termo de consentimento.

5.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DOS DADOS

Foi enviada uma carta explicativa sobre a natureza da pesquisa, sua importância e a necessidade de obter respostas, tentando despertar o interesse do recebedor para que ele preenchesse e devolvesse esse material dentro de 30 dias.

Além da carta explicativa foi entregue ao sujeito uma cópia do material didático, uma cópia do instrumento de análise “Opinião dos especialistas sobre o material didático do curso de atualização sobre transtornos depressivos em ambiente de educação a distância” e duas cópias do termo de consentimento livre e esclarecido, sendo uma retida pelo sujeito da pesquisa e uma arquivada pelo pesquisador.

Os procedimentos para a realização da coleta de dados variam de acordo com as circunstâncias ou com o tipo de investigação (MARCONI; LAKATOS, 2002).

Entre as diversas técnicas de pesquisa foi utilizada nesta etapa do estudo, a leitura do material didático do curso onde os sujeitos puderam acrescentar todas as observações e comentários bem como a análise dos 9 módulos e auto-aplicação do questionário.

Através da coleta de dados buscou-se a opinião dos especialistas para a adequação do material teórico do curso sobre depressão, visto que, os participantes possuem experiência com o tema abordado no curso.

Os dados foram coletados no primeiro trimestre de 2005 por meio da aplicação de instrumento impresso auto-aplicado, não havendo influência do entrevistador nas respostas e colocando-se uma situação de privacidade.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

Neste primeiro momento, foi feito um tratamento numérico, mediante análise de frequência absoluta, referente às respostas do instrumento (apêndice B), caracterizando o grupo de especialistas participantes da pesquisa, no que diz respeito as variáveis: sexo, estado marital, cidade onde reside, titulação, tempo de formado, tempo de experiência no ensino superior e médio, tempo de experiência assistencial e área.

Os dados quantitativos foram organizados de acordo com a frequência e apresentados na forma de quadro.

A fase de análise também contemplou as observações e recomendações feitas no texto durante a análise do material pelos sujeitos.

Realizou-se uma releitura minuciosa reunindo as recomendações de todos os sujeitos da pesquisa em um só texto do material didático, até reflexões e discussões entre o pesquisador e o orientador. Por conseguinte, foram efetuadas as alterações no texto.

Os resultados obtidos através deste estudo são apresentados em 3 itens: perfil dos especialistas; opinião dos especialistas sobre o material didático e o material didático - recomendações segundo especialistas.

5.6.1 PERFIL DOS ESPECIALISTAS

A amostra de especialistas que analisou o material didático sobre transtornos depressivos encontra-se discriminada no quadro 9. A caracterização da amostra é dada com a sua distribuição neste quadro:

Quadro 9 - Identificação pessoal e profissional dos sujeitos/especialistas que analisaram e opinaram sobre o material didático

N °	Formação dos Sujeitos	Sexo	Idade	Local de residência	Local de trabalho	Tempo de formado	Tempo de experiência	
							Assistência	Ensino
1	Docente Enfermeiro1	F	56	Ribeirão Preto	EERP/USP	33	—	31
2	Docente Enfermeiro2	F	60	Sertãozinho	EERP/USP Aposentado	35	—	32
3	Psicóloga1	F	39	Fernandópolis	Clínica de Psicologia	14	14	—
4	Enfermeira1	F	49	Ribeirão Preto	Ambulatório de Saúde Mental	25	25	—
5	Enfermeira2	F	29	Ribeirão Preto	HCRP/USP	8	8	—
6	Psiquiatra1	M	32	Ribeirão Preto	Hospital dia e Consultório	8	7	4

A amostra foi composta por diversos profissionais de saúde especialistas da área de saúde mental: 4 enfermeiros, sendo que 2 atuam na assistência e 2 no ensino superior; 1 psicólogo atua em psicologia clínica e 1 psiquiatra com atuação no ensino e na assistência.

Do total de 6 participantes do estudo, a maioria (5) é do sexo feminino.

Em relação à idade dos participantes, 3 encontravam-se na faixa etária de 29 a 39 anos, um na faixa etária de 40 a 50 e 2 na faixa etária de 51 a 60. Estes dados indicam que a maioria dos participantes caracteriza-se como adulto, numa fase da vida marcada pela atividade profissional, econômica e produtividade social.

O menor tempo de formado é de 8 anos e o maior tempo é de 35 anos, indicando que os participantes possuem experiência em sua área de trabalho, fato essencial para a análise do material didático.

A formação acadêmica e o local de atuação são os indicadores de que os participantes têm formação e atuam na área de saúde mental e psiquiatria. Os sujeitos apresentam a seguinte titulação: doutor (2), mestre (1), mestrando (1) e especialistas(2). A experiência e a titulação dos participantes na área de saúde mental contribui de forma significativa para uma boa análise do material didático.

5.6.2 RESULTADOS DA OPINIÃO DOS ESPECIALISTAS

O resultado da opinião dos especialistas referente ao material didático sobre transtornos depressivos na educação a distância está apresentado e discutido a seguir.

O conteúdo do material didático foi submetido a um grupo de especialistas que respondeu a escala “Opinião dos especialistas sobre o material didático sobre transtornos depressivos na educação a distância” na forma de uma escala tipo Likert.

Para emitir sua opinião, os especialistas procederam a leitura do respectivo material impresso e depois respondiam as questões entre cinco níveis variando de: 1 – discordo totalmente, 2 – discordo parcialmente, 3 – indiferente, 4 – concordo parcialmente e 5 – concordo totalmente. Durante a leitura, os especialistas foram orientados a escrever no próprio texto do “material didático” as correções e recomendações que julgassem necessárias.

Neste primeiro momento, discute-se a etapa de opinião sobre o material didático com base no instrumento formal.

No Quadro 10, reuniu-se o resultado da opinião dos especialistas nas 7 questões propostas e nos 9 módulos do curso.

Quadro . Opinião dos especialistas a respeito dos 9 módulos do material didático sobre transtornos depressivos para educação a distância.

Módulos	1					2					3					4					5					6					7					8					9																				
	T	D	I	P	C	T	D	I	P	C	T	D	I	P	C	T	D	I	P	C	T	D	I	P	C	T	D	I	P	C	T	D	I	P	C	T	D	I	P	C	T	D	I	P	C	T	D	I	P	C											
1. O conteúdo do material didático sobre transtornos depressivos é abrangente.				1	5					6					6					1	5					1	5					6					1	5					6					6													
2. A organização dos módulos obedece a uma seqüência lógica.				1	5					6					1	5					6					6					1	5					6					6					5														
3. Os objetivos instrucionais estão adequados aos módulos.				2	4					6					2	4					1	5					1	5					1	5					1	5					1	5															
4. O conteúdo de cada módulo atende aos objetivos instrucionais.				2	4					1	5					1	5					1	5					1	5					2	4					1	5					1	5					1	4								
5. O conteúdo está explicitado de forma clara e de fácil compreensão				1	1	4					1	5					2	4					1	5					2	4					2	4					2	4					1	5					1	4							
6. As referências bibliográficas estão atualizadas e adequadas ao conteúdo.				1	5										5					5					6					1	5					6					6					4															
7. Os exercícios são pertinentes ao conteúdo.				1	1	4					5	2					1	2	3					2	4					2	4					2	4					3	3					2	4					2	4					2	3
TOTAL				2	10	31					2	30					1	8	32					6	35					7	35					2	8	32					7	35					5	3	8					5	3	1			

T= discordo totalmente D= discordo parcialmente I= indiferente P= concordo parcialmente C= concordo totalmente

A escala Likert tem a preocupação de verificar o nível de concordância do sujeito com uma série de afirmações que expressassem algo de favorável ou desfavorável em relação a um objeto psicológico; não consiste em procurar determinar o valor escalar dos itens (PASQUALI, 1999).

Inicialmente, esperava-se que esse instrumento pudesse dar indicadores mais expressivos e menos tendenciosos. Entretanto, a maioria não discordou em suas respostas, ou seja, houve uma tendência dos participantes a optarem pelas respostas em concordância. Diante deste resultado e tendo em vista o tamanho da amostra não foi possível realizar o tratamento estatístico dos dados como se havia planejado.

A maioria das respostas ficou entre concordo parcialmente (62) e concordo totalmente (298), 4 foram para indiferente e 1 para discordo parcialmente. Não houve respostas ao item discordo totalmente. Portanto, não houve indicações significativas de discordância.

Poucas questões não foram respondidas: Questão 2, 4, 5, 6 e 7 do módulo 9; Questão 6 dos módulos 3 e 4.

Das questões que não foram respondidas observa-se que a maioria se encontra no último módulo (9). O fato deste módulo ser específico da área de enfermagem, dificultou a resposta dos profissionais não enfermeiros (médico e psicólogo).

No Quadro 11 são apresentados os totais de respostas de todos os especialistas nos módulos por nível de concordância.

Quadro 11. Distribuição das respostas por nível da análise dos especialistas.

Questões	Respostas				
	T	D	I	P	C
1. O conteúdo do material didático sobre transtornos depressivos é abrangente.	-	-	-	4	50
2. A organização dos módulos obedece a uma seqüência lógica.	-	-	1	2	50
3. Os objetivos instrucionais estão adequados aos módulos.				10	44
4. O conteúdo de cada módulo obedece aos objetivos instrucionais.	-	-	-	11	42
5. O conteúdo está explicitado de forma clara e de fácil compreensão.	-	-	1	13	39
6. As referências bibliográficas estão atualizadas e adequadas ao conteúdo.	-	-	1	1	42
7. Os exercícios são pertinentes ao conteúdo.		1	1	21	31
TOTAL	-	1	1	62	298

T=discordo totalmente D=discordo parcialmente I=indiferente P=concordo parcialmente C=concordo totalmente

Analisando os dados do quadro 10, percebe-se que os especialistas expressaram as diferentes opiniões sobre o material didático. As respostas se referem a 7 questões formuladas referentes aos 9 módulos para os 6 especialistas. Desse modo, cada questão comportaria 54 respostas, se os 6 especialistas respondessem aos 9 módulos.

- **Questão 1** – Quanto à abrangência do conteúdo sobre transtornos depressivos do material didático, as respostas foram: 50 para concordância total e 4 para concordância parcial. Observou-se uniformidade entre as respostas para todos os módulos, ficando entre 5 e 6 respostas por módulo. Portanto, pode-se dizer que o conteúdo do material didático foi considerado abrangente.
- **Questão 2** – Com relação à organização dos módulos em uma seqüência lógica, as respostas foram: 50 para total concordância, 2 para parcial concordância (módulo 1 e 3) e 1 para indiferente. Sendo assim, do total de 53 respostas, a maioria concordou com a organização seqüencial dos módulos. A uniformidade entre as respostas foi mantida, variando de 5 a 6.

- **Questões 3 e 4**– Sobre a adequação dos objetivos instrucionais dos módulos, 44 respostas foram para concordância total e 11 para concordância parcial. Da mesma forma, houve uniformidade em considerar que o conteúdo de cada módulo atende aos objetivos instrucionais, com 42 respostas para concordância total e 11 para concordância parcial. Houve ausência de 1 resposta para o módulo 9, pois o psiquiatra; talvez não tenha respondido por se tratar de um capítulo específico da enfermagem.
- **Questão 5** – Em relação ao conteúdo estar de forma clara e de fácil compreensão, as respostas foram 39 para concordância total, 13 para concordância parcial e 1 para indiferente. Um dos especialistas, a docente aposentada, observou que alguns conteúdos se repetiam o que tornava estes conteúdos cansativos. Ela propôs que o módulo 5 fosse revisto.
- **Questão 6** – Sobre a atualidade e adequação da referência bibliográfica e do conteúdo sobre transtornos depressivos, 42 respostas foram para concordância total, 1 para concordância parcial e 1 para indiferente. Não houve comentários ou observações sugerindo o que faltaria para que o conteúdo do curso fosse considerado totalmente atualizado.
- **Questão 7** – Quanto à pertinência dos exercícios ao conteúdo, 31 concordaram totalmente, 21 concordaram parcialmente, 1 para indiferente e 1 para discordância parcial. Foram feitas observações para correção no sentido de tornar esses exercícios mais adequados: “alguns exercícios não sei se realmente ajudam na fixação”; “os exercícios são pertinentes ao conteúdo, porém podem ser mais explorados para melhor fixação”; “ampliar os exercícios com discussão de casos”. A questão 2 do módulo 8 poderia ser algo mais voltado ao sentimento do profissional frente a este tema segundo recomendação do psiquiatra.

As observações que os especialistas registraram no final de cada questão foram todas consideradas e incluídas nas recomendações por módulo que serão descritas adiante.

Como já foi dito, não houve discordância significativa quanto à opinião dos especialistas. Porém, várias recomendações foram feitas no próprio texto durante a leitura e análise do material do curso.

A análise do material didático deu-se com a leitura do texto concomitantemente ao preenchimento do questionário, o que deve ter exigido uma grande atenção dos sujeitos para a realização da mesma. Durante esse processo de análise, os especialistas fizeram anotações com recomendações no texto impresso.

5.6.3 RECOMENDAÇÕES GERAIS

Após cada recomendação serão descritas as alterações ou implementações realizadas no material didático.

Quanto às recomendações gerais no texto, durante a sua leitura, os especialistas recomendaram:

- Uniformizar a seqüência de apresentação para todos os módulos.

A partir do planejamento do curso e da respectiva literatura, foi estabelecida a estrutura recomendada para o desenvolvimento do material didático, desde o início da elaboração do mesmo, ou seja, para cada um dos módulos a estrutura adotada foi: apresentação, objetivos do módulo, glossário, destaques, bibliografia e exercícios ou tarefas.

- Uniformização da apresentação de quadros com reflexões ou chamadas no texto;

De fato, a uniformização recomendada acima constitui característica básica que provavelmente favorece o acompanhamento e o entendimento do material didático.

- Rever o público-alvo do curso.

O material pode ser utilizado para enfermeiros e outros profissionais de saúde ou para alunos da graduação. A princípio este material foi proposto para enfermeiros, depois foi visto que pode ser também utilizado para outros profissionais de saúde. O uso deste material didático para graduandos também é justificável, pois estudo realizado pelos pesquisadores Silva, Furegato e Costa Jr (2003) aponta que a abordagem da depressão durante os cursos de graduação parece ser insuficiente (pequena carga horária) para que o enfermeiro ofereça um atendimento eficiente ao portador deste transtorno.

- Uniformização do seguinte termo: utilizar somente enfermeiro e não enfermeira.

Foi entendido que o termo enfermeiro se refere ao profissional da área, independente do gênero. Assim foi adotado o seguinte:

- Pagar todos os módulos seqüencialmente;
- Uniformização do momento da inclusão do exercício: antes ou depois das referências.

De acordo com a literatura (PETERS, 2001; LAASER, 1998; AMARANTE, 2001), os exercícios devem ser colocados depois de apresentado e trabalhado todo o conteúdo do módulo, portanto, devem ir ao final do respectivo módulo;

- Retirar a citação de autores no texto e usar somente na referência bibliográfica.

Nos materiais didáticos produzidos para EaD, as referências são comumente s ao final do módulo ou aula, seja no ensino a distância ou presencial.

5.6.4 RECOMENDAÇÕES POR MÓDULOS

Foram feitas diversas considerações recomendando alterações no texto. Um dos especialistas não fez recomendações. Foi feita a transcrição das recomendações dos especialistas.

Guia do estudante

As recomendações apresentadas nesta parte foram divididas entre o objetivo geral e os objetivos específicos e por módulo.

Objetivo geral – especificar os benefícios a serem maximizados do item B dos objetivos, tal como a identificação precoce das características clínicas sugestivas de transtorno depressivo e atendimento adequado. De fato, objetiva-se melhorar a capacidade dos enfermeiros em promover o cuidado de enfermagem, de modo a maximizar os benefícios. A recomendação foi para especificar estes benefícios, ressaltando a importância dos mesmos e de incluir o objetivo de favorecer a redução do estigma associado aos transtornos depressivos.

Sabe-se do preconceito existente em relação à depressão da sociedade em geral, tanto por parte dos leigos como também dos profissionais. Ainda persiste maior valorização e tolerância da doença física em relação à doença emocional. Com isso, é importante chamar a atenção para o preconceito existente na tentativa da sensibilização sobre o tema, divulgando e promovendo discussões e reflexões sobre a depressão.

- Acrescentar dois objetivos específicos: oferecer elementos para o desenvolvimento de estratégias para a identificação e para o cuidado efetivo ao portador de transtorno depressivo, à família e à comunidade; discutir a aplicação dos conhecimentos na prática.
- No objetivo (oferecer oportunidades de intercâmbio à distância entre alunos da graduação em enfermagem) incluir e/ou entre profissionais da área.

Módulo 1

- O profissional diz não ter base de conhecimento para avaliar se estão atualizados e adequados, porém pressupõe que como nos outros módulos, tenha sido tomado esse cuidado.
- Definição do tipo de curso.

Definiu-se que o material didático foi elaborado para ser um curso de atualização, tanto para profissionais quanto para acadêmicos.

Módulo 2

- Os exercícios são pertinentes ao conteúdo, porém podem ser mais explorados para melhor fixação; com elaboração de mais perguntas, pois o tema é extenso.
- Estabelecer espaço entre os tópicos e distribuir em duas páginas o quadro de dicas de comportamento da Internet.

Recomenda-se que quadros sejam colocados de preferência em uma única página, pois a divisão do mesmo pode dispersar a atenção. Entretanto, como este quadro possui várias informações, pode ser conveniente a separação em dois quadros, pois isso pode facilitar a sua visualização e tornar a leitura mais fácil e estimulante.

- Subdividir as fases históricas por períodos a.C. (antes de Cristo) e d.C (depois de Cristo), utilizando-se somente as siglas.
- Na fase histórica correspondente aos dias de hoje foram apresentadas algumas características: ausência da observação humanizada e prolongada e maior atenção para o diagnóstico do que para o próprio indivíduo.

Foi entendido que ainda prevalece na maioria dos atendimentos tais características, porém não se deve generalizar, mas ao mesmo tempo foi citado o movimento da reforma psiquiátrica em desenvolvimento tímido e pontuado.

- Separar melhor os dois movimentos: psicobiológico e psicanalítico: usar espaço entre eles para separação do parágrafo.

São dois movimentos com características peculiares, por isto devem ser separados e também para que não ocorram associações entre estes.

Módulo 3

- Alterar dois dos objetivos e trocá-los por este objetivo: conhecer os critérios para diagnóstico da depressão.

Foi considerado adequado substituir os objetivos: descrever os diversos tipos de transtornos depressivos e identificar a sintomatologia associada aos transtornos depressivos e usar essas informações na avaliação do cliente pelo de conhecer os critérios para diagnóstico da depressão. Pois, entendeu-se que este objetivo atende melhor ao cuidado prestado pela enfermagem.

Módulo 4

- Melhorar os exercícios;
- Incluir como primeira meta dos tratamentos para a depressão a remissão total da mesma.

De modo geral, o tratamento para qualquer doença primeiramente tem como finalidade a remissão do quadro, ou seja, diminuir a intensidade do quadro clínico.

Módulo 5

- Muito completo e esclarecedor, pois existem muitos profissionais que atuam na área de saúde sem esse conhecimento.
- Os conteúdos muitas vezes estão repetidos o que torna o conteúdo às vezes cansativo. Foi proposto por um dos especialistas que este módulo fosse revisto.
- Ressaltar o enfermeiro no papel de profissional de referência exercendo a função de psicoterapeuta como os demais profissionais da equipe de saúde, pois o estudo de Silva e Furegato (2003) apontou que muitos dos enfermeiros desconhecem o seu papel enquanto psicoterapeuta, bem como desconhece os tipos de psicoterapia que podem ser utilizadas pelos mesmos.

- Incluir que o tipo de psicoterapia a ser escolhida depende também do trabalho desenvolvido pela equipe do serviço.
- Em alguns serviços, o tipo de psicoterapia utilizada é decorrente do tipo de trabalho desenvolvido pela equipe (psicanalítico, comportamental, cognitivo e interpessoal).
- Incluir dois novos itens como objetivo da psicoterapia: estimular o reconhecimento de mecanismos de defesa e estimular o conhecimento do funcionamento mental do indivíduo.

O conhecimento dos mecanismos de defesa é importante para ajudar os indivíduos a reconhecerem e entenderem seu funcionamento emocional o que pode facilitar a procura e o seguimento de tratamento.

- Ressaltar que a terapia familiar tem o objetivo de tratar o grupo, a família e não apenas informar.

As famílias podem representar uma grande fonte de apoio para a pessoa deprimida, desde que compreendam a doença, participem do tratamento e aumentem as possibilidades de interação social. Na terapia familiar procura-se informar os familiares sobre a doença, o respectivo tratamento, mas também o suporte para suas dificuldades socioemocionais.

- Corrigir: as psicoterapias devem ser realizadas por profissionais capacitados nem sempre disponíveis (ao invés de dificilmente) no nível de atenção básica à saúde.

Há terapias grupais e individuais em muitos serviços públicos, embora não seja na maioria destes serviços.

- Acrescentar um exercício de fixação sobre os tipos de terapias psicológicas tal como: enumerar os tipos de psicoterapia segundo a ordem de eficácia para a depressão.

Módulo 6

- O módulo 6 pode ser mais bem avaliado pelo psiquiatra;

- Os exercícios são pertinentes ao conteúdo, porém podem ser mais explorados para melhor fixação. O tema é importante para a área de enfermagem; daí seria interessante aprofundar mais nos exercícios de fixação.
- Fala muito da IMAO e é um pouco repetitivo;

Foram retirados os efeitos colaterais mais comuns resultantes do uso das IMAO, pois já tinham sido apresentados anteriormente neste módulo.

Módulo 7

- Talvez alguns exercícios não ajudem na fixação;
- Ampliar exercícios com discussão de casos;
- Algumas frases repetitivas;
- Tem muito texto, poderia substituir por tópicos mais objetivos;
- Introduzir conteúdos sobre um novo método de tratamento para depressão: Estimulação Magnética Transcraniana (EMT).

A EMT é uma técnica de estimulação cerebral não-invasiva. Como o processo é induzido, não há necessidade de procedimentos invasivos para a instalação de eletrodos ou outros componentes.

Destacar informação de que no Brasil há serviços que fazem a ECT segundo padrões internacionais. Embora a ECT seja pouco utilizada têm sua eficácia comprovada e não é um método ultrapassado.

Módulo 8

- O segundo exercício poderia ser algo mais voltado ao sentimento do profissional frente a este tema.
- Sabe-se que o suicídio é determinado pela somatória de alguns fatores de risco. Porém, é importante lembrar que esses fatores devem atuar para cada indivíduo de uma forma, desenvolvendo-se de forma singular e única em cada caso.

- Destacar a importância de informar sobre os sintomas da depressão para estudantes, professores, pais e comunidade, pois são medidas que tentam romper com o estigma envolvendo o suicídio e ao mesmo tempo pode ser uma estratégia de prevenção do mesmo segundo a OPAS, 1999.

Módulo 9

- Enxugar o texto no item implementação/intervenção na página 18;
- Há algumas frases repetitivas;
- Especialista refere não ter base de conhecimento para avaliar se estão atualizados e adequados, porém, pressupõe que como nos outros módulos tenha sido tomado esse cuidado;
- Incluir como atividade do enfermeiro a ampliação da rede de relações na comunidade.

Com a estratégia de reorganização da atenção básica, a grande maioria dos profissionais atua no programa de saúde da família, envolvendo o estreitamento das relações dos profissionais de saúde com a comunidade.

Destacar que a sintomatologia típica da depressão pode estar mascarada por sintomas somáticos ou que a presença de co-morbidade psiquiátrica ou somática pode igualmente desviar a atenção do quadro depressivo. Também deve ser considerado que pessoas agitadas precisam de atenção, pois o aumento de algumas funções (sono, agitação psicomotora, etc.) podem indicar depressão.

Dessa forma, é preciso que os profissionais de saúde estejam atentos as diferentes formas (com sintomatologia típica e atípica) de manifestações da depressão, devendo estar preparados para identificar precocemente as pessoas com transtorno depressivo. Para este fim deverá adotar uma atitude de alerta frente à presença de sintomas e sinais indicativos dessa condição.

- Acrescentar que é importante que o deprimido perceba que você respeita seu silêncio e que quando quiser conversar que terá a compreensão do profissional.

Recomenda-se que o enfermeiro e demais profissionais da saúde permaneçam algum tempo com o portador de transtorno depressivo, mesmo que ele fale pouco e demonstre apoio através do companheirismo. Também deve se adaptar ao ritmo do cliente deprimido, falando mais devagar e dando mais tempo para que ele possa responder, chamar o cliente pelo primeiro nome, conversar e talvez, o mais importante, escutar. Focalizar a comunicação em temas relevantes como o relato da vida e do interesse do cliente.

- Incluir exercícios baseados no quadro 2 deste módulo.

Cada um desses itens deve ser submetido a esse tratamento. Uma vez que se foram obtidas todas essas informações, deve-se usá-las para aprimorar a unidade, o módulo e o curso (LAASER, 1997).

Ainda o mesmo autor destaca que algumas das melhoras podem ser rápidas e fáceis de fazer. Outras podem tomar mais tempo. Entre os itens mais facilmente modificados estão: correções de ortografia; correção dos erros de digitação; explicação de palavras difíceis; encurtamento de sentenças longas; numeração apropriada; correção de legendas e títulos de ilustrações; correção de erros de gramática e pontuação; dar as respostas certas para as perguntas e aperfeiçoamento dos títulos e subtítulos. E entre os melhoramentos que levariam mais tempo para se fazer incluem: simplificar o conteúdo; adicionar novo conteúdo; reorganizar as seções da unidade; reescrever parágrafos; preparar uma nova tarefa ou teste de auto-avaliação e adicionar questões intratextuais ou novos objetivos.

Estes pontos foram considerados essenciais e foram todos revisados.

As recomendações dos especialistas foram objeto de ponderação, mas as alterações no material didático foram incorporadas sempre que considerados adequadas e entendidas como pertinentes pelas pesquisadoras.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração e a análise do material didático sobre transtornos depressivos para EaD pretende contribuir para a construção de outros materiais didáticos, especialmente na enfermagem. Como afirma Belisário (2003), a produção de material didático figura com um dos problemas mais importantes no que diz respeito ao desenvolvimento de programas de EaD, pois a maioria das propostas encontradas nos sites das universidades demonstram a fragilidade do material didático disponível (simples tutoriais ou apostilas ou ainda meras sugestões de leitura ou propostas de exercícios preparatórios para a realização de provas).

Embora a interatividade seja destacada como um dos principais elementos na produção de material didático voltado a EaD, neste estudo o enfoque foi para a elaboração de materiais didáticos para educação a distância e como deve ser feito o planejamento do programa e de curso mediado por computador.

Quando foi decidida a construção do curso em ambiente de EaD, a intenção era de desenvolver, analisar, disponibilizar, aplicar e avaliar utilizando o WebCT. Porém, acabou-se por não disponibilizar baseado nos seguintes aspectos: o levantamento bibliográfico e treinamento do pesquisador quanto ao ambiente em EaD utilizado foi inicialmente voltado ao WebCT e ao final de 2004 terminou o prazo para licença de uso desta plataforma; durante o desenvolvimento do mesmo percebeu-se que um curso a distância, leva tempo e tem-se muito trabalho com a execução do mesmo (acredita-se que só esse contato direto na elaboração do mesmo é que permite o conhecimento de todo o processo de elaboração). Através desta experiência constatou-se que a construção de um curso a distância exige tempo e muito trabalho. A disponibilização do mesmo não está descartada. Este curso deverá ser disponibilizado na plataforma TelEduc após o término do doutorado. O processo de

montagem do curso dentro do TelEduc é simples e se encontra disponível na EERP/USP, mas necessita de um administrador com conhecimentos de HTML e de servidores Web ou da acessoria do mesmo.

Outra dificuldade foi a ausência de uma equipe (profissionais da área pedagógica, informática em enfermagem com experiência em EaD) preparada para trabalhar com EaD na instituição onde o trabalho foi desenvolvido.

A importância de uma equipe multiprofissional para o desenvolvimento de programas de EaD merece destaque, pois é de extrema necessidade a cooperação de equipe multidisciplinar e até de âmbito institucional que trabalhem com questões relacionadas à didática, à pedagogia e a tecnologia na EaD, afim de viabilizar o desenvolvimento de projetos de EaD para qualquer área e também na área da saúde.

Pela análise percebe-se que apesar de estarem sendo desenvolvidas algumas iniciativas para materiais ou cursos à distância na área de enfermagem, ainda existem poucos trabalhos, especialmente na área de saúde mental e psiquiatria.

Com a experiência adquirida na realização deste curso pode-se afirmar que o estudo e o desenvolvimento de materiais e cursos à distância é uma das possibilidades de pesquisa e com um enorme potencial e demanda para novos trabalhos. Como ainda não existem padrões bem definidos para estabelecer a carga horária para cursos à distância, sugere-se o estudo da determinação da carga horária para cursos em modalidades de EaD.

De um modo geral, a elaboração e a análise do curso foi satisfatória. Os especialistas consideraram que o material didático atende ao objetivo de aperfeiçoar ou desenvolver as questões com que se defrontam os enfermeiros, acadêmicos de enfermagem e outros profissionais da saúde, visando desenvolver estratégias mais eficientes nas ações voltadas ao indivíduo portador de transtorno depressivo, à sua família e à comunidade.

Além disso, foi importante o entendimento de que apesar da importância, da significativa contribuição e possibilidades da tecnologia, o principal aspecto em qualquer processo educacional e da elaboração de material para ser utilizado para o mesmo, seja presencial ou a distância é a fundamentação pedagógica. O desenvolvimento de um bom programa de EaD, deverá primeiramente levar em consideração o aluno em suas mais diversas especificidades, e ser útil no atendimento às necessidades detectadas.

O material produzido para EaD deve ser disponibilizado para atender a necessidade de formação e/ou atualização dos profissionais de enfermagem, acadêmicos de enfermagem e de outros profissionais de saúde no que se refere ao atendimento ao portador de transtorno depressivo, à sua família e à comunidade.

REFERÊNCIAS*

- ALMEIDA, R. Q. Criação de material para WEB. **Bol. EAD**. Campinas: UNICAMP/Centro de Computação/Equipe EAD. Título 13, 01 junho 2001. Disponível em: http://www.ead.unicamp.br:9000/GECON/sites/EAD/impresao_html?foco2=Publicacoes/. Acesso em: 26 março 2005.
- AMARANTE, P. Guia do estudante. In: _____. **Saúde mental: políticas e instituições: programa de educação a distância**. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ-EAD, 2003. p. 7-19.
- AZEVEDO, W. Como “detonar” com um projeto de educação online. In: SILVA, M. (Org.). **Educação online: teorias, práticas, legislação e formação corporativa**. São Paulo: Loyola, 2003. Cap. 1, p. 155-158.
- AURÉLIO século XXI. Dicionário eletrônico. Versão 3.0. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 2001.
- BARRETO, E. S. S. Capacitação a distância de professores do ensino fundamental no Brasil. **Educ. Soc.**, ano 18, n. 59, p. 308, ago. 1997.
- BELISÁRIO, A. O material didático na educação a distância e a constituição de propostas interativas. In: SILVA, M. (Org.) **Educação online: teorias, práticas, legislação e formação corporativa**. São Paulo: Loyola, 2003. p. 135-146.
- BRASIL. Decreto n 2.494, de 10 de fevereiro de 1998. Dispõe sobre a regulamentação da EAD no Brasil do Art. 80 da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei n 9.394/96). **Diário Oficial da União**, 11 de fevereiro de 1998. Brasília, DF. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/seed/tvescola/regulamentaçãoEAD> Acesso em: 07 out. 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: pólos de educação permanente em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, 2004.
- CASSIANI, S. H. B. **Um salto para o futuro no ensino da administração de medicamentos** : desenvolvimento de um programa instrucional auxiliado pelo computador. 1998. 206 f. Tese (Livre Docência em Enfermagem Geral)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.
- _____. Tecnologia educacional rompendo fronteiras. **Rev. Nursing**, v. 68, n. 7, p. 14-5, janeiro 2004.
- COSTA NETO, M. M. (Org.). **Educação permanente**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000. Caderno 3. 32p.
- DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- DEMO, P. Instrucionismo e nova mídia. In: SILVA, M. (Org.) **Educação online: teorias, práticas, legislação e formação corporativa**. São Paulo: Loyola, 2003. p. 75-88.

DIAS, D. C. **Educação sem distâncias**: utilização do WebCT como ferramenta de apoio para o ensino da terapia intravenosa na graduação de enfermagem. 2003. 160 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

DIZERÓ, W. J. **Interação remota em ambientes virtuais multiusuários**: uma aplicação em educação a distância. 1999. 144 f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências Exatas e de Tecnologia - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 1999.

DURAN, E. C. M.; COCCO, M. I. M. Software educativo sobre diabetes mellitus para profissionais de saúde: etapas de elaboração e desenvolvimento. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 104-7, jan.-fev. 2003.

ESPERIDIÃO, E. **Holismo só na teoria**: a trama dos sentimentos do acadêmico de enfermagem sobre sua formação. 2001. 106f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

ÉVORA, Y. D. M. **O paradigma da informática em enfermagem**. 1998. 139 f. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

FLECK, M. P. A. et al. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários de saúde. **Rev. Saúde Pública**, v. 36, n. 4, p. 431-8, 2002. Disponível em: www.fsp.usp.br/rsp. Acesso em: 12 maio 2003.

FRANCO, M. **Educação a distância e projeto pedagógico**. Informática na educação n. 6, nov. 1999. Disponível em: <http://www.rau-tu.unicamp.br/nou-rau/ead/document/?down=11>. Acesso em: 26 jan. 2005.

GENNARI, M. C. **Minidicionário Saraiva de informática**. 4 ed. São Paulo: Saraiva, 2001.

GENTILE, P. Curso virtual: você ainda vai fazer um. **Nova Escola**, p. 54- 5, set. 2001.

GOMEZ, M. V. **Educação em rede**: processo de criação de um curso web. 2002. Tese (Doutorado em Educação). – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

GONZALEZ, L. A. G.; RUGGIERO, W. V. Características da ferramenta e metodologia para construir um curso on-line. Relatório Técnico – Redes e Sistemas Distribuídos. São Paulo: Laboratório de Arquitetura e Redes de Computadores - LARC. Departamento de Engenharia de Computação e Sistemas Digitais da Escola Politécnica/USP, v. 1, n. 2, p. 1-7, set.-out. 1999.

KAPCZINSKI, F.; QUEVEDO, J.; IZQUIERDO, I. **Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

KENSKI, V. M. O que são tecnologias? Como convivemos com as tecnologias? In: **Tecnologias e ensino presencial e a distância**. Campinas: Papirus, 2003. cap. 1, p. 17-27.

KEMBER, D.; MURPHY, D. **Tutoring distance education and open learning courses**. Austrália: Higher Education research and Development Society of Austrália. Series: HERDSA Green Guide; no. 12, 1992.

KNOX, E. L. S. The pedagogy os web site design. **ALN Magazine**, v. 1, n. 2, . Aug. 1997. Disponível em: <http://www.sloan-c.org/publications/magazine/v1n2/Knox.asp>. Acesso em: 26 March 2005.

KEEGAN, D. Definition of distance education. In: _____ **Foundations of distance education**. 3rd ed. London: ROUTLEDGE Taylor & Francis, 1996. Chap. 3, p. 33-52.

LAASER, W. et al. **Manual de criação e elaboração de materiais para educação a distância**. Tradução de Marcelo Carvalho de Oliveira. Brasília: CEAD; Editora Universidade de Brasília, 1997. 198 p.

LANGHI, C. **Educação a distância através da Internet**: um estudo de viabilidade e das possibilidades do uso da Internet em programas de capacitação, treinamento e aprendizagem a distância. 1998. 165 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Escolar e do desenvolvimento humano) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1998.

LANDIM, C. **Planejamento de programas de educação a distância**. Disponível em: <http://www.cciencia.ufrj.br/educnet/EDUPLAN.HTM>. Acesso em: 13 fev. 2005.

LEMO; M. F. R.; SOUZA, M. F.; SCHIRMBECK, F. R. G. **Educação a distância**: uso do TelEduc uma realidade no aprender a aprender. Disponível em: <http://www.abed.org.br/congresso2004/por/htm/094-TC-C3.htm>. Acesso em: 11 set. 2004.

LÉVY, P. **O que é virtual?**. Tradução Paulo Neves. São Paulo: Ed. 34, 1996. 160 p. In: _____. **O que é a virtualização?** p. 15-24.157 p.

LEVY, P. **Cibercultura**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1999. 117 p.

LAMÊGO, S. Como estruturar um curso a distância. In: LAMÊGO, S. **Proposta pedagógica e metodológica para transposição de conteúdo de capacitação para auto-instrução pela Internet**. 03 out. 2002. Disponível em: www.universiabrasil.net/materia_imp.jsp?id=921. Acesso em: 21 maio 2004.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação crítica e utilização. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001. 330 p.

LOYOLLA, W.; PRATES, M. **Ferramental pedagógico da educação a distância mediada por computador (EDMC)**. Publicado em: 10/09/2002 às 22:30. Disponível em: http://www.abed.org.br/publique/egi/cgilua.exe/sys/start.htm?UserActiveTemplate=4abed&in_doid. Acesso em: 26 jan. 2005.

MARCONI, M. de A.; LAKATOS, E. M. **Técnicas de pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisas, elaboração, análise e interpretação de dados. 5^o ed. São Paulo: Atlas, 2002. p. 19-21. 282 p.

_____. **Metodologia científica: ciência e conhecimento científico, métodos científicos, teoria, hipóteses e variáveis, metodologia jurídica.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2004. cap. 3, p. 97-135. 305 p.

MINZONI, M. A. Enfermagem em saúde mental e psiquiátrica: a busca de uma nova posição. **Enfermagem Novas dimensões**, v. 3, n. 6, 1977.

MONTGOMERY, S. **Confrontando la depression. Guía el médico.** Internacional. New York (EUA): Pfizer, 1997.

MORAN, J. M.; MASETTO, M. T.; BEHRENS, M. A. **Novas tecnologias e mediação pedagógica.** 7º ed. Campinas – SP: Papirus, 2003. 173 p.

MORAN, J. M. Contribuições para uma pedagogia da educação online. In: SILVA, M. (Org.) **Educação online: teorias, práticas, legislação e formação corporativa.** São Paulo: Loyola, 2003. p. 39-50.

MORAN, J. M. **EAD entre a febre e a cautela.** Disponível em: www.eca.usp.br/prof/moran/febre.htm. Acesso em: 12 set. 2004.

NOVA, C.; ALVES, P. Estação online: a ciberescrita, as imagens e a EAD. In: SILVA, M. (Org.) **Educação online: teorias, práticas, legislação e formação corporativa.** São Paulo: Loyola, 2003. p. 105-34. 512 p.

NUNES, I. Noções de educação a distância. **Rev. Educ. Distância**, n. 415, p. 7-25, dez. 93-abr. 1994. Brasília: Instituto Nacional de Educação a Distância. Disponível em: <<http://www.intelecto.net/ead/ivonio/htm/>>. Acesso em: 3 set. 2002.

OPAS/OMS. Programa de salud mental. División de Promoción de Salud. Modelo para la capacitación de la enfermería general en al identificación y manejo de los transtornos afectivos. Washington, 1999.

PASQUALI, L. (Org.) **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração.** Brasília: Laboratório de Pesquisa em Avaliação e Medida – LabPAM, 1999.

PERES, H. H. C. **O ser docente de enfermagem frente ao mundo da informática: um olhar na perspectiva da fenomenologia social.** 2001.228 f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2001.

PETERS, O. As três concepções na prática. In: _____. **Didática do ensino a distância: experiências e estágio da discussão numa visão internacional.** Tradução Ilson Kayser. São Leopoldo: Editora UNISINOS, 2001. p. 105-176.402 p.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Investigacion científica en ciencias de la salud: dirigidos a médicos, enfermeras, administradores en salud pública y otros profesionales de la salud.** Traducción por José R. Blengio Pinto; Homero Vela Treviño. 2. ed. México: Nueva editorial – Interamericana, D. F., 1985.

RAMOS, A.; PÂNTANO, R. R. G.; NESSRALA JÚNIOR, E.; CORDEIRO, T. **Sistema para ensino a distância WebCT.** Campinas: Núcleo de Atendimento Remoto (NAR), s.d.

(Curso de extensão – Capacitação docente para EAD da Pontifícia Universidade Católica). 27p.

RIBEIRO, E. C. O.; MOTTA, J. I. J. **Educação permanente como estratégia na reorganização dos serviços de saúde.** Disponível em: <http://www.redeunida.org.br/producoes/artigo03.htm>. Acesso em: 13 nov. 2001.

ROCHA, H. V.; ALMEIDA FILHO, J. C. P. Português na internet; questões de planejamento e produção de materiais. In: CONGRESSO ÍBERO-AMERICANO DE INFORMÁTICA NA EDUCAÇÃO, 4., Brasília, 1998. **Anais eletrônicos.** Disponível em: <http://www.prossiga.br/edistância>. Acesso em: 26 abril 2004.

ROMANI, L. A. S. et al. Ambientes para educação a distância baseados na Web: Onde estão as pessoas? In: Workshop sobre fatores humanos em sistemas computacionais, 3., Gramado, 2000. **Anais eletrônicos.** Disponível em: <http://www.prossiga.br/como>. Acesso: 26 abril 2004.

ROSELL, R. Working in WEBCT. In: Wiley student learning guide for webct. United States of America: Von Hoffman Graphics, 2002. Chap. 1, p. 1-6.

RODRIGUES A. R. F. **Enfermagem psiquiátrica – Saúde Mental:** prevenção e intervenção. São Paulo: EPU, 1996.

SANTOS, S. R.; SANTOS, I. B. C. Impacto da informática na administração em enfermagem: relato de experiência. **Rev. Nursing**, v. 69, n. 7, p. 41-6, fev. 2004.

SILVA, M. C. F. **Depressão:** pontos de vista e conhecimento do enfermeiro da rede básica de saúde. 2001. 94 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

SILVA, M. R. C. Aprendizagem online. **Bol. EAD.** Campinas: UNICAMP/Centro de Computação/Equipe EAD. Título 17, 15 ago. 2001. Disponível em: http://www.ead.unicamp.br:9000/GECON/sites/EAD/impresao_html?foco2=Publicacoes/. Acesso em: 26 março 2005.

SILVA, S. M.; SANTOS, C. C. M.; SIQUEIRA, J. O. O uso do questionário eletrônico na pesquisa acadêmica: um caso de uso na escola politécnica da Universidade de São Paulo. In: SEMEAD, 2, São Paulo, 21 e 22 de julho 1997. **Anais eletrônicos.** São Paulo: FEA/USP, 1997. v. 2, p. 408-21.

SILVA, D. R. **Um ambiente para descoberta de conhecimento com suporte de data warehousing e sua aplicação para acompanhamento do aluno em educação a distância.** 2002. 109 f. Dissertação (Mestrado) – Centro de Ciências Exatas e de Tecnologia, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2002.

SILVA, M. Criar e professorar um curso *online*: relato de experiência. Parte 1. 51-74. In: _____. **Educação online:** teorias, práticas, legislação e formação corporativa. São Paulo: Edições Loyola, 2003. 512 p.

SILVA, C. F. S.; FUREGATO, A. R. F.; COSTA JR, M. L. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. **Rev latino-am. Enfermagem**, Ribeirão preto, v.11, n.1, p.7-13, jan./fev. 2003.

SOARES, I. O. EAD como prática educomunicativa: emoção e racionalidade operativa. p. 89-104. In: SILVA, M. (Org.). **Educação online: teorias, práticas, legislação e formação corporativa**. São Paulo: Loyola, 2003. 512 p.

SOUZA, A. F. G. de; CASTRO, M. C. EaD: uma nova concepção. Educação a distância. Educação permanente e acesso à informação. **Rev. Canal Saúde**, . ano 6, n. 30. p. 3-8, mar.-abr. 2005.

TEIXEIRA, G. J. W. et al. **Capacitação de professores para o ensino a distância. Trabalho final da disciplina EAD 5824 – Didática II**. Universidade de São Paulo – Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade. Departamento de Administração. Pós – Graduação em Administração. Doutorado. DEDALUS – Acervo – FEA. São Paulo. 2º Trimestre de 2000.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. **Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas**. Tradução por Maria Ângela Cançado. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2001. 172 p.

TRAVELBEE, J. **Intervencion em enfermeria psiquiátrica**. Washington, OPAS/OMS. 1982.

WILLIAMS, A. et al. Depression in the workplace: impact on employees. **AAOHN J.**, v. 47, n. 11, p. 526-39, Nov. 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for Europe. **Press backgrounder EURO 10/2001**. Copenhagen, 4 October, 2001. Disponível em: http://www.euro.who.int/mediacentre/PressBackgrounders/2001/20011128_1. Acesso em: 8 junho 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mental and neurological disorders**. Fact sheet. Nº 265. December 2001. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs265/en/print.html>. Acesso: 12 dezembro 2004

UNIVERSIDADE DE CAMPINAS - UNICAMP. **Orientações para o desenvolvimento de cursos mediados por computador**. Disponível em: <http://www.unicamp.br>. Acesso em: 8 agosto 2003.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SÃO PAULO – UNESP. **VirtUnesp – Ensino a Distância da Unesp**. Disponível em: <http://www.unesp.br/virtunesp/public/webct/webct.htm>. Acesso em: 25 abr. 2003.

VEIGA, C. G. et al. **O ensino à distância pela Internet: conceito e proposta de avaliação**. Disponível em: <http://www.cpdee.ufmg.br/cursos/C/>. Acesso em: 25 abr.2003.

VIEIRA, F. M. S. **Considerações teórico-metodológicas para elaboração e realização de cursos virtuais**. Publicado em: 11/09/2002. Textos C. Disponível em:

<http://www.abed.org.br/publique/cgi/cgilua.exe/sys/stsrt.htm?UserActiveTemplate=4abed&from...> Acesso em: 26 jan. 2005.

ZEM-MASCARENHAS, S. H. **A criança e o medicamento:** desenvolvimento e avaliação de um software educacional. 2000. 263 f. Tese (Doutorado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2000.

* De acordo com:
NBR-ABNT 6023/2002.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Sistema Integrado de Bibliotecas. Grupo DiTeses. Diretrizes para apresentação de dissertação e teses da USP: documento eletrônico e impresso/Vânia M. B. de Oliveira Funaro, coord. ...[et al.]. São Paulo: SIBi-USP, 2004. 110 p. –(Cadernos de Estudos; 9).

APÊNDICE A – Material didático referente à pesquisa

Descrição - Curso de atualização e/ou extensão universitária

Curso a Distância sobre Transtornos Depressivos para enfermeiros e/ou outros profissionais de saúde
Professora/tutora:

Mariluci Camargo F. da S. Candido. E-mail: mcfsc@uol.com

Apresentação:

A era da informação, teve início na segunda metade do século XX, revolucionando os padrões de trabalho e educação. Tendo como eixos dessa nova revolução as tecnologias de comunicação (equipamentos e meios), uma boa preparação para o trabalho significa conhecer e dominar tais tecnologias, assim como seu princípio científico. São numerosas as ações que uma escola poderá deflagar para iniciar seus professores e alunos no uso do computador e no domínio de algumas técnicas de comunicação mais modernas.

A tendência é se tornar cada vez mais comum o uso de computadores no ensino superior, assim como nos diversos serviços de saúde.

Nesse curso trataremos dos dois transtornos depressivos mais comuns, transtorno depressivo maior e transtorno distímico. Como será visto o transtorno distímico tem características semelhantes ao transtorno depressivo maior, porém um pouco mais leve. Então, quando utilizamos a palavra depressão durante esse curso nos referimos a esses dois transtornos depressivos.

Público Alvo: profissionais de nível superior e nível médio da área de enfermagem e alunos da graduação e pós-graduação em enfermagem.

Objetivos do curso

Objetivo geral: aperfeiçoar ou desenvolver as questões com que se defrontam os enfermeiros que lidam com a depressão nos diversos serviços de saúde, visando desenvolver estratégias mais eficientes nas ações voltadas ao indivíduo portador de transtorno depressivo, à família e à comunidade, melhorando a capacidade dos enfermeiros em promover o cuidado de enfermagem, de modo a maximizar os benefícios a estes, como a identificação precoce das características clínicas

Os **objetivos específicos** são:

- Apresentar os principais aspectos dos transtornos depressivos e o seu respectivo manejo.
- Reduzir o estigma associado aos transtornos depressivos.
- Oferecer oportunidades de aprendizagem, através de abordagens pedagógicas inovadoras, que permitam uma experiência de ensino-aprendizagem.
- Oferecer oportunidades de intercâmbio à distância entre alunos da graduação de enfermagem.

Qual o período a ser desenvolvido?

O curso corresponde a uma carga horária total de 40 horas, a ser cumprida num período de 3 meses, devendo o participante dedicar ao mesmo uma carga horária semanal de cerca de 7 a 8 horas.

Dez semanas consecutivas a partir da data de início do curso.

Certificação

Certificado de Atualização em Transtornos depressivos pela Instituição credenciada para certificar cursos na modalidade “a distância” de ensino segundo as regras do Conselho Nacional, aos participantes portadores de diploma de nível superior ou médio que tiverem cumprido as exigências supra.

Qual é a Proposta pedagógica?

Com base na discussão teórica você será estimulado a refletir e/ou produzir conhecimento sobre a atenção ao portador de transtorno depressivo, à sua família e comunidade. Pretende-se provocar o desenvolvimento de uma abordagem crítica do aluno acerca de seus próprios conhecimentos e/ou dos conhecimentos adquiridos e das suas práticas.

Qual a Metodologia desse curso?

O curso será de encontros à distância, utilizando o sistema para educação à distância, o software TelEduc. Será desenvolvido em 9 módulos, que serão distribuídos ao longo de 10 semanas, envolvendo os conteúdos programáticos descritos posteriormente.

Avaliação

Como será avaliada a frequência e a participação do aluno no ambiente virtual de aprendizagem?

Será pelo número de acessos e de postagens enviadas e pela qualidade das inferências durante as discussões nas ferramentas de comunicação (correio eletrônico, fórum de discussão e sessões de bate-papo, etc).

Será realizada por meio de exercícios sob a coordenação e supervisão do professor/tutor. Ao final de cada módulo, haverá exercícios que devem ser realizados como condição indispensável para obtenção do certificado de conclusão do curso.

Periodicidade de atualização de informações relevantes para o curso.

Uso da netiqueta (Etiqueta de comportamento da Web).

Quais serão as Técnicas e Recursos Instrucionais utilizados?

Leitura de textos de cada módulo;
 Debate em lista de discussão;
 Comunicação por E-mail;
 Exercícios de fixação

Como se desenvolve o conteúdo programático?

O conteúdo está organizado em 9 módulos descritos a seguir:

Ementa

Módulos

Módulo 1 – Introdução: O que será que vem por aí?
 Módulo 2 – Conhecendo os aspectos históricos, conceituais, epidemiológicos e fatores de risco
 Módulo 3 – Classificação e o diagnóstico dos transtornos depressivos
 Módulo 4 – Tratamento dos transtornos depressivos
 Módulo 5 – Vamos falar das Psicoterapias?
 Módulo 6 – Farmacoterapia.
 Módulo 7 – Eletroconvulsoterapia e Estimulação Magnética Transcraniana (EMT)
 Módulo 8 – Suicídio
 Módulo 9 – O cuidado de enfermagem.

Módulo 1

Introdução: O que será que vem por aí?

1.1 Guia do Estudante

1.1.1 Apresentação

Seja bem vindo!

A partir de agora você é aluno do Curso de atualização em Transtornos depressivos na modalidade educacional a distância para enfermeiras e/ou outros profissionais da saúde. O meu desejo é poder fazer, junto com você, um bom trabalho.

Vou me apresentar e posteriormente convido você a fazer o mesmo.

Quem sou eu? Sou a instrutora desse curso em ambiente on-line. Meu nome é Mariluci, tenho 36 anos e trabalho como docente na área de enfermagem. Sou doutorada pelo Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas/EERP-USP. Trabalhei com conhecimentos e pontos de vista do enfermeiro sobre depressão na dissertação de mestrado e no doutorado, desenvolvi este curso sobre transtornos depressivos à distância.

Neste módulo, iniciaremos as orientações do desenvolvimento deste curso. Para o melhor proveito é importante que você compreenda o porquê desse curso, em que ele se baseia, a quem ele se dirige e de que forma vai funcionar. Desse modo, sugiro que você leia com atenção este Guia do Estudante.

1.1.2 Objetivos do módulo 1:

- Indicar a importância do conhecimento do enfermeiro sobre os transtornos depressivos.
- Integrar o aluno com o ambiente on-line para o aprendizado.

1.1.3 Por que um Curso de depressão à distância?

A era da informação teve início na segunda metade do século XX, revolucionando os padrões de trabalho e educação. Tendo como eixos dessa nova revolução as tecnologias de comunicação (equipamentos e meios), uma boa preparação para o trabalho significa conhecer e dominar tais tecnologias, assim como seu princípio científico. São numerosas as ações que uma escola poderá deflagar para iniciar seus professores e alunos no uso do computador e no domínio de algumas técnicas de comunicação mais modernas.

A tendência é se tornar cada vez mais comum o uso de computadores no ensino superior, assim como nos diversos serviços de saúde.

Nesse curso trataremos dos dois transtornos depressivos mais comuns, transtorno depressivo maior e transtorno distímico. Como será visto, o transtorno distímico tem características semelhantes àquelas atribuída ao transtorno depressivo maior, porém um pouco mais leve. Então, quando utilizarmos a palavra depressão durante esse curso nos referimos a esses dois transtornos depressivos.

- Os transtornos depressivos ou a depressão (como é popularmente conhecida) se constitui num **grave problema de saúde pública**.
- A carga que impõem sobre a população, em termos de sofrimento e incapacidade, problemas econômicos e psicossociais que geram, justifica a adoção de ações urgentes para prevenção, tratamento e controle da depressão.
- É um dos transtornos mentais que se observa com **maior frequência nos serviços primários de saúde**; no entanto, a maioria não é reconhecida e/ou só recebe tratamento para os sintomas físicos passando-se por cima dos casos de depressão, ficando a depressão negligenciada, a falha na sua detecção leva a intenso sofrimento humano que poderá ser aliviado consideravelmente se for

O enfermeiro juntamente com os outros elementos da equipe de saúde, precisa desenvolver ações preventivas de forma efetiva bem como ações que possam minimizar os problemas de um quadro depressivo já estabelecido. Quanto mais avançado um quadro depressivo, mais demoradas ou menores são as oportunidades de melhora e recuperação do funcionamento social, espiritual, físico, no trabalho e pessoal do indivíduo.

Espera-se que a divulgação de conhecimentos sobre os transtornos depressivos através deste curso a distância possa colaborar para o diagnóstico e o tratamento precoces, evitando, a agudização desse transtorno e os sérios prejuízos decorrentes deste.

A modalidade de educação a distância vem ao encontro da necessidade de apresentar, refletir e discutir aspectos dos transtornos depressivos, requerida pela formação profissional e pela prática profissional do enfermeiro, justificados pelo aumento crescente de indivíduos com transtornos depressivos nos diversos serviços de saúde.

1.1.4 Por que o enfermeiro deve ocupar-se da depressão?

As razões alegadas para que o pessoal da enfermagem se ocupe dos transtornos do humor (principalmente o tipo mais comum, o transtorno depressivo maior ou como é popularmente conhecida, a depressão) estão relacionadas com sua experiência e preparo profissional, a posição singular dos enfermeiros nos serviços de saúde e a relação especial que têm com os clientes e com os demais membros da equipe, nas 24 horas.

A posição em que se encontra o enfermeiro facilita um relacionamento mais próximo com os clientes e, com frequência, a dedicação e esta proximidade lhe dão condições de fazer observações acuradas. O enfermeiro deve conhecer bem o cliente e a sua família, porque habitualmente está em uma posição mais favorável para confirmar trocas e receber informações. Com o treinamento adequado, a enfermeira pode ser capaz de detectar uma alta proporção de indivíduos deprimidos e compartilhar sua impressão diagnóstica com a equipe multiprofissional, prestando os cuidados de enfermagem e fazendo os encaminhamentos necessários.

Se de fato é o profissional de enfermagem a pessoa com quem o cliente tem contato mais estreito nos serviços de saúde, é interessante que o enfermeiro esteja preparada para a identificação dos quadros depressivos e para o estabelecimento de interações terapêuticas.

Nesse sentido, esse curso pretende divulgar o conhecimento para a detecção e para o manejo da depressão. Frequentemente, o primeiro contato, da pessoa deprimida com os serviços de saúde se dá através da equipe de enfermagem.

A relação que se estabelece entre a enfermeira e o cliente se estreita e se reafirma nas diferentes ocasiões em que se produz um encontro. Estas são oportunidades para efetuar observações e para detectar sintomas e sinais de importância.

As intervenções que o enfermeiro realiza não se limitam ao paciente, mas também devem alcançar a família e a comunidade, podendo ter caráter terapêutico, reabilitador ou de promoção da saúde.

Em geral, os clientes sentem-se menos intimidados pelos enfermeiros do que por outros profissionais de saúde e as aceitam mais facilmente.

O enfermeiro pode ajudar os clientes não somente como agente de saúde, mas também como seu defensor em diferentes circunstâncias, por exemplo, na agilização dos trâmites administrativos e na sua relação com a família e a comunidade.

Porque a(o) enfermeira (o)?

Tem preparo para identificar e cuidar do portador de depressão
É, frequentemente, o primeiro contato dos clientes nos serviços de saúde.
Tem oportunidade de observar os clientes nas 24 horas.
Tem estreita relação com os clientes, familiares e comunidade.
É o elo de ligação com os demais membros da equipe de saúde.

1.1.5 O que é educação a distância?

A educação a distância (EAD) é uma modalidade educacional, reconhecida pela Lei n. 9.394/96 – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional que possibilita que você não se locomova de sua escola, de seu trabalho ou de sua cidade, para realizar atividades direcionadas de aprendizagem. Permite que você se organize e realize seu curso no local e horário estipulado segundo sua dinâmica e necessidade e, portanto, com a liberdade e compromisso de aprender a estudar com mais autonomia e responsabilidade. No entanto, você não estará sozinho. Um professor tutor estará sempre à sua disposição para auxiliá-lo neste processo.

Utilizam-se as novas tecnologias de informação e comunicação oferecendo aprendizado:

- com o auxílio de um computador
- com o auxílio de um software didático apropriado
- da internet.

Os objetivos do curso são:

- Apresentar e discutir os principais aspectos dos transtornos depressivos e o seu respectivo manejo para graduados de enfermagem e enfermeiros que atuam nos diversos serviços de saúde.
- Favorecer a redução do estigma associado aos transtornos depressivos.
- Oferecer oportunidades de aprendizagem, através de abordagens pedagógicas inovadoras, que permitam uma experiência de ensino-aprendizagem.
- Oferecer oportunidades de intercâmbio à distância entre alunos da graduação de enfermagem.

Espera-se desenvolver estratégias eficientes nas ações voltadas ao indivíduo, portador de transtorno depressivo, à família e à comunidade, melhorando a capacidade dos enfermeiros em promover o cuidado de enfermagem, de modo a maximizar os benefícios.

1.1.6 Qual a Metodologia desse curso?

A aplicação desse curso teórico a distância requer a elaboração de estratégias pedagógicas consistentes. Esse curso baseia-se em um material teórico especialmente construído, e num sistema de orientação pelo professor/tutor, com o auxílio de um computador, de um software didático apropriado e da Internet.

O curso será de encontros à distância (on-line), utilizando o sistema para educação à distância, o software TelEduc. Será desenvolvido em módulos, que serão distribuídos ao longo de 10 semanas, envolvendo os conteúdos programáticos descritos posteriormente. O telEduc permite a inclusão de textos diversos bem como ferramentas como bate-papo, agenda, glossários, testes, etc. Serão utilizadas as seguintes técnicas e recursos instrucionais: a) Leitura de textos de cada módulo; b) Debate em lista de discussão; c) Comunicação por e-mail; d) Exercícios de fixação.

A Internet trouxe a oportunidade aos profissionais da área de saúde acompanharem novas formas de transmissão de informação e conhecimento. A educação num ambiente de rede (on-line) ocorre num outro espaço e num outro tempo. O espaço é chamado virtual e o tempo é de natureza diversa, permitindo que o processo de ensino-aprendizagem ocorra em diferentes locais e em diferentes momentos, de acordo com a conveniência de alunos e professores.

Esse curso pode ser acessado de qualquer computador com acesso a Internet, mediante a senha específica do aluno. Nesse ambiente, você pode ficar quanto tempo quiser para realizar suas atividades a qualquer hora do dia ou da noite. Podendo variar de aluno para aluno de acordo com fatores como: experiência prévia com computador/Internet, conhecimento prévio do conteúdo programático, estilo de aprendizagem, entre outros.

A produção de conhecimentos neste curso a distância é sustentado por meio de:

- **Material didático** - Ferramentas em meio digital, expostas na rede mundial de computadores, a Internet.
 - **Orientação** - O atendimento do professor/tutor pode ser dado por intermédio do site do curso. Deve ser mantido um contato regular com os participantes sob sua responsabilidade através dos meios citados, lê e avalia os exercícios propostos, dá explicações adicionais e tira dúvidas.
 - **Avaliação** do curso
- A frequência e a participação do aluno no ambiente virtual de aprendizagem será avaliada através de:**
- a) número de acessos e de postagens enviadas e pela qualidade das inferências durante as discussões nas ferramentas de comunicação (correio eletrônico, fórum de discussão e sessões de bate-papo, etc).
 - b) periodicidade de atualização de informações relevantes para o curso.
 - c) uso da netiqueta (Etiqueta de comportamento da Web).
 - d) por meio de exercícios sob a coordenação e supervisão do professor/tutor. Ao final de cada módulo, haverá exercícios que

Para que essa metodologia da EaD aconteça é preciso interação, ou seja, interagir, trocar repetitivamente, muitas vezes, continuamente, abrindo possibilidades de aprendizagem.

De modo a completar com sucesso este Curso de Atualização e receber um certificado de curso extracurricular, espera-se que os participantes:



- **Conectem-se** a esse site pelo menos duas vezes por semana durante o tempo do curso.
- **Leiam** as mensagens enviadas tanto pelo professor quanto pelos outros participantes e enviem respostas substanciais ou comecem um novo tópico.
- **Calcula-se** que, em média, serão necessárias 4 a 5 horas de estudo semanais para a leitura do material, realização de exercícios e participação nas discussões.
- A intenção do curso é ser um debate on-line. Não deixem de responder, de debater e, também, divertir-se!
- **Enviem**, ao final da aula, uma mensagem com suas reflexões à seção dos fóruns de debate. Sua reflexão deve ter a extensão de mais ou menos dois parágrafos, em que você descreva o que aprendeu e dê a sua opinião sobre a experiência de aprendizagem on-line.
- **Participem** em pelo menos 75% das atividades do curso para recebimento do certificado de participação.
- **Completem** o formulário de opinião sobre o curso (o qual será enviado por e-mail). Calcula-se 1 hora para o preenchimento do questionário **final do curso**. As atividades serão completadas ao final da 10ª semana, totalizando 40 h de instrução.

1.1.7 Como se desenvolve o conteúdo programático?

O conteúdo está organizado em 9 módulos de acordo com o quadro a seguir.

Módulo 1 – **Introdução**: O que será que vem por aí?
 Módulo 2 – Conhecendo os **aspectos históricos, conceituais, epidemiológicos e fatores de risco**.
 Módulo 3 – Apresentando a **classificação e diagnóstico dos transtornos depressivos**
 Módulo 4 – **Tratamento dos Transtornos Depressivos**
 Módulo 5 – Vamos falar das **Psicoterapias**
 Módulo 6 – Como será a **farmacoterapia** da depressão?
 Módulo 7 – Será que a **eletroconvulsoterapia** ainda é indicada?
 Módulo 8 – **Suicídio**
 Módulo 9 – E finalmente a sistematização da **assistência de enfermagem!**

1.1.8 Qual é a estrutura de cada módulo?

Todos os módulos do curso têm as seguintes seções:

Apresentação – Introdução teórica e instrutiva que situa o assunto a ser tratado no decorrer do curso. É a seção inicial do módulo.

Objetivos do módulo – Deve apresentar de forma clara e sintética, os objetivos específicos do módulo a ser estudado, de modo que o aluno compreenda o que se espera com aquele módulo.

O conteúdo do módulo – É o corpo do texto em si. O texto é apresentado de forma organizada em seqüência conceitual, dividido em partes ou seções claramente identificadas através de subtítulos.

Glossário – Em alguns casos, existem termos cujo entendimento é indispensável para o acompanhamento do curso. Possibilita ao estudante reconhecer termos e conceitos centrais também fora do texto didático corrente. Aparece no decorrer do módulo, sempre que for necessário. É facultativo.

Destques – Destacam uma idéia que está sendo apresentada, ou fazem um apanhado, organizam um tema que está sendo debatido no momento.

Bibliografia, Leituras Recomendadas – Ao final do módulo, são indicados como bibliografia os textos utilizados pelos autores na elaboração do texto. Alguns textos merecem atenção especial por serem muito importantes para prosseguimento e aprofundamento do tema estudado no módulo. Estes textos são indicados como Leituras Recomendadas.

Exercícios ou tarefas - Este é o exercício de caráter formal e obrigatório de cada módulo. Você deverá prepará-lo cuidadosamente e encaminhá-lo ao professor/tutor. Este é o instrumento de avaliação formal do curso que permitirá a você alcançar o certificado final.

1.2 Introdução ao ambiente on-line

1.2.1 Apresentação

Apesar da Internet (redes interconectadas de computadores ou rede mundial de computadores, world wide Web) ter mais de 30 anos de vida, sua popularização aconteceu apenas na última década. Nos últimos anos seu crescimento na América Latina culminou em aproximadamente 15 milhões de usuários, mais de 50% residentes no Brasil.

Essa tecnologia que permitiu o desenvolvimento da internet é representada entre muitas outras coisas, por softwares, como é o caso do TelEduc.

Ao se disseminarem pela sociedade trazem novas formas de relação com o outro, com o conhecimento e com o processo de ensino-aprendizagem. Não existem apenas as máquinas no funcionamento da internet. O que faz com que a internet exista e funcione são as pessoas, que têm sentimentos. Dessa forma, a maneira como a internet é utilizada requer atenção e algumas regras.

O conjunto dessas regras para o comportamento adequado na internet é chamado “Netiqueta”. Como o próprio nome sugere é a etiqueta na NET.

São sugeridas algumas **dicas básicas de comportamento na internet** descritas no quadro a seguir e que pode ser acessado diretamente em: <http://www.icmsc.sc.usp.br/manuals/BigDummy/netiqueta.html>

DICAS DE COMPORTAMENTO DA INTERNET:

- ❖ Muitas pessoas têm uma dificuldade natural em se comunicar através de texto. Textos pouco claros podem revelar confusão e pouca confiança.
- ❖ Rer ler as mensagens depois de tê-las escrito é um excelente exercício para identificar suas falhas. Antes de emitir qualquer opinião, é prudente observar o teor das mensagens trocadas entre as pessoas, para somente então emitir a sua.
- ❖ Combine letras maiúsculas e minúsculas, da mesma forma que na escrita comum. Na Internet, escrever em maiúsculas é o mesmo que gritar!
- ❖ Para enfatizar frases e palavras, use os recursos de sublinhar (colocando palavras ou frases entre sublinhados) e *grifar* (palavras ou frases entre asteriscos). Frases em maiúsculas são aceitáveis em títulos e ênfases ou avisos urgentes.
- ❖ Quando a troca de mensagens é realizada entre usuários de plataformas semelhantes, com programas e terminais configurados para receber os caracteres especiais acentuados, o uso de acento não é problemático. Como é difícil saber detalhes da configuração, a regra geral é não usar acentos.
- ❖ Não enviar mensagens demasiadamente grandes, contendo informações inúteis, pois consomem muito tempo para serem transferidas do provedor para o computador.
- ❖ Preste atenção para que os comentários/mensagens de todos os participantes do grupo recebam resposta. Procure comentar as colocações dos participantes que ainda não receberam uma resposta.
- ❖ Nas listas e newsgroups: não envie mensagens que dizem apenas "*Envie esse programa pra mim também!*", "*Estou de acordo!*", "*Muito bem!*". Participe somente quando tiver alguma contribuição para o desenvolvimento da conversa, quando tiver algo a dizer ou a acrescentar. Conforme o caso, um e-mail pessoal é mais apropriado.
- ❖ O assunto deve ser relacionado ao assunto tratado na mensagem. Tente localizar um só assunto por mensagem e dar-lhe um título (subject) esclarecedor, para que os outros participantes possam rapidamente saber do que se trata. Discutir um assunto é extremamente saudável, porém os excessos devem ser evitados. Quando for inevitável uma mensagem mais longa, avise na linha de assunto.
- ❖ Ao responder mensagens: Cite sempre a mensagem respondida, indicando "quem" disse "o quê". Dezenas de mensagens podem ter chegado entre a mensagem original e sua resposta e, em alguns casos, sua resposta pode chegar antes da pergunta.
- ❖ As mensagens devem ser assinadas com os nomes de cada membro do grupo, algumas vezes o endereço eletrônico é insuficiente para a identificação.
- ❖ Consulte os arquivos do grupo de discussão para ver se as respostas já se acham disponíveis evitando assim, perguntas recorrentes.
- ❖ Envie arquivos anexados apenas quando solicitado, e jamais para listas.
- ❖ Procure responder a todas as mensagens pessoais. Lembre-se de agradecer às pessoas que o ajudarem.
- ❖ Não inclua todo o conteúdo da mensagem respondida; deixe o suficiente apenas para indicar os pontos que você está comentando, ou frases que está respondendo, apagando o que estiver a mais (inclusive cabeçalhos, se o programa de e-mail inseri-los na resposta).

Referências Bibliográficas

AMARANTE, P. (Coord.). Saúde mental, políticas e instituições: programa de educação a distância. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ, 2003.

AZEVEDO, T. C. A M.; BITTENCOURT, R. M. Reflexões sobre o planejamento pedagógico de um curso de extensão universitária na modalidade a distância. http://virtunesp.reitoria.unesp.br:8900/cap_ead3/Módulos_15/P_1/M-03/links/texto_comple... Acesso em: 12/07/01.

BASTOS, G. K. Correio eletrônico. In: _____. Internet e informática para profissionais da saúde. Rio de Janeiro: REVINTER, 2002. cap.4, p. 37-63.

DIAS, D. C. Educação sem distâncias: Utilização do WebCT como ferramenta de apoio para o ensino da Terapia Intravenosa na graduação de enfermagem. 2003. 160 p. Tese de Doutorado – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

OPAS/OMS. Módulo para la capacitacion de la enfermera general en la identificación y manejo de los transtornos afectivos. Programa de Salud Mental. División de Promoción de la Salud, 1999.

PETERS, O. As três concepções na prática. In: _____. Didática do ensino a distância: experiências e estágio da discussão numa visão internacional. São Leopoldo: Editora Unisinos, 2001. cap. 4, p. 123-148.

UNICAMP – boletim EAD – Educação a distância ead. Campinas: Centro de Computação – CCVEC, 2000-2003. Disponível em: <http://www.ead.unicamp.br>. Acesso em: 03 set. 2002.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE SÃO PAULO. Caracterização de um curso a distancia. São Paulo: VirtUnesp - ensino a distância da UNESP. Disponível em : <http://virtunesp.reitoria.unesp.br>. Acesso em: 12 jul. 2001.

Atividade do módulo 1 – Exercício de Familiarização

Apresente-se para os outros participantes, colocando sua mensagem no fórum de discussões, sob a legenda “Apresentações”.
Fale sobre você: diga de onde é, do seu interesse e expectativas em relação ao curso. Descreva o que mais gosta de fazer (passatempo preferido).

Comente as apresentações de dois de seus colegas, dando boas vindas aos mesmos.

O objetivo desta atividade é familiarizá-lo com o ambiente virtual, especialmente o fórum de discussão.

No caso de dúvida ou dificuldade comunique-se com a instrutora pó no e-mail: mcpsc@uol.com.br

Módulo 2

Conhecendo os aspectos históricos, conceituais, epidemiológicos e fatores de risco.

2.1 Apresentação

Neste módulo, apresentaremos os aspectos históricos e conceituais dos transtornos depressivos, procurando demarcar os principais momentos deste percurso. Analisaremos como os fatores de risco podem se relacionar com o aparecimento dos transtornos de humor em especial neste estudo dos transtornos depressivos. Conheceremos também a epidemiologia da depressão, propiciando um visão geral da situação deste transtorno.

2.2 Objetivos

- Conhecer o processo histórico dos transtornos depressivos ao longo da história da humanidade até os dias de hoje.
- Conhecer os conceitos básicos do transtorno depressivo.
- Identificar e analisar os principais fatores de risco para a depressão.
- Identificar a epidemiologia da depressão.
- Definir transtornos do humor.
- Identificar as mudanças do humor como uma parte normal da experiência humana emocional.

2.3 Aspectos históricos

O transtorno do humor não é um problema novo – faz parte da condição humana, permeia a história da humanidade. Desde a Antiguidade, são encontradas descrições do que, hoje, chamamos de transtornos do humor.

A história apresenta os mais diversos nomes usados para identificar a depressão: melancolia, hipocondria, languidez, reclusão ou decadência.

A sociedade explicou e tratou **o comportamento considerado anormal de diferentes modos em diferentes momentos**. O modo como uma determinada sociedade reage à anormalidade depende dos seus valores e suposições sobre a vida e os comportamentos humanos.

Resumo das fases históricas sobre as doenças mentais

- **Anterior a história escrita** – papiro, monumentos e antigos livros da bíblia ► ponto de vista religioso: causas sobrenaturais (demônio) ► tratamento – preces e exorcismo.
- **Antigo testamento** ► história do Rei Saul com uma síndrome depressiva.
- **No Ilíada** ► de Homero, é narrada uma história de suicídio.
- **Hipócrates** ► introduziu explicações fisiológicas; termos melancolia (como um estado de aversão à comida, insônia, irritabilidade e inquietude) e mania ► cérebro como o órgão responsável pelos transtornos mentais.
- **Idade Média** ► retorno a Demonologia ► doença mental era vista como a manifestação do desfavor de Deus ► pessoas rotuladas de bruxas, agentes do demônio ► loucura era um pecado: homem (sem razão) sem autocontrole para fazer as escolhas: virtudes x melancolia.
- **Final da Idade Média** – igreja ► caça às “bruxas”.
- **Galeno** - aproximação entre a visão neurológica e psicológica.
- **Renascimento** – a doença gradualmente sobrepujou a possessão ► bruxas vistas como doentes da cabeça ou apenas velhas tolas e deprimidas ► doença (melancolia) é uma qualidade inerente a um tipo de personalidade (melancólica).
- **Marsílio Ficino** - maior filósofo definiu depressão como uma doença terrível ► tratamentos - exercícios, alterações da dieta e música.
- **Século XVII** - Descartes ► considerou a influência da mente sobre o corpo e vice-versa.
- **Século XVIII** - doentes mentais eram marginais, sem direitos ou posição social ► os deprimidos tinham vantagens por serem relativamente dóceis sofrendo menos pressão que os maníacos e os esquizofrênicos.
- **Final do século XVIII** - período romântico ► foi especialmente bom: uma atitude inqualificada era denunciada mais como ingênua do que santa.
- **Século XIX** - Philippe Pinel ► tratamento moral: mudanças de costumes, de hábitos, a *principal conquista do século XIX*: foi Estabelecimento do sistema de asilo ► Por outro lado, o depressivo, mesmo sem necessidade de ser removido do alegre círculo familiar foi colocado no asilo ► classificação das doenças mentais ► modelos teóricos no enfoque médico.
- **Século XX** - compreensão e tratamento dos transtornos do humor: o psicanalítico e o psicobiológico ► Freud - a melancolia é uma forma de luto, surge de sensação de perda da libido, do desejo por comida ou sexo ► Kraepelin - pai da psicobiologia catalogou as doenças mentais (adquiridas, hereditárias) e as causas da depressão ► Meyer - as pessoas são capazes de mudança, que aprendem a viver de um modo que as deixe menos propensas à doença mental; tinha muito interesse no ambiente social: terapia comportamental.
- **Meados do século XX** - neurociência da depressão ► interesse social - a depressão é causada por processos químicos internos fora do controle desses indivíduos ► resultou na popularização dos antidepressivos. **Segunda metade do século XX** - modelos de teorias sobre a doença mental ► classificação - Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM).
- **Hoje** – ao mesmo tempo que encontramos o movimento de Reforma Psiquiátrica em desenvolvimento tímido e pontuado,

Complementando a História

Hipócrates explicava que o comportamento era governado pelos níveis relativos de quatro humores (líquidos) no corpo: bile negra, bile amarela, fleuma e sangue. O excesso de bile negra causava a depressão, o excesso de bile amarela estava associado à tensão, ansiedade e instabilidade pessoal, níveis elevados de fleuma resultavam em um temperamento sombrio ou preguiçoso, e o excesso de volume sanguíneo estava relacionado a oscilações rápidas de humor.

A abordagem Hipocrática **não** apresentava bases científicas para verificar suas explicações. Por outro lado, **iniciou** o caminho de entendimento sobre o comportamento anormal como um mau funcionamento ou doença fisiológica.

Naquela época, os tratamentos se davam através de tentativas de restaurar o equilíbrio apropriado entre os humores e isto foi geralmente feito drenando excesso de líquidos do corpo ou alterando dietas, exercícios, ingestão de álcool ou estilo de vida.

Idade Média (500 – 1500 d. C.) - A religião tornou-se a força dominante em todos os aspectos da vida européia e a abordagem naturalista de Hipócrates e seus seguidores foi essencialmente abandonada. A vida era percebida como uma luta entre forças do bem e do mal, sendo estas dirigidas pelos demônios que afligiam as pessoas perturbadas. As pessoas consideradas possuídas pelo demônio eram apedrejadas ou torturadas.

Final da Idade Média - a política oficial da igreja ditava que as bruxas deviam ser identificadas e destruídas. Para auxílio desta tarefa foi publicado, em 1486, um manual, o *Malleus Maleficarum* (O martelo das bruxas) que tornou-se um guia que autorizava a caça às bruxas. Supunha-se que os indivíduos possuídos fossem bruxas e para a expulsão desse demônio, as mesmas teriam que ser mortas, muitas vezes queimadas vivas. O comportamento dos mentalmente doentes foi igualado com possessões pelos demônios.

Na Idade Média, a **razão** era considerada necessária para que o homem escolhesse as virtudes. Sem razão, ele não teria suficiente autocontrole para fazer as escolhas. Nesse ponto de vista, a **melancolia era um afastamento de tudo o que era sagrado**, pois o desespero melancólico carecia da alegria, pelo desfavorecimento do amor e da misericórdia divinos. A alma, sendo um dom divino, devia **ser perfeita** e a pessoa deveria esforçar-se para sustentar sua perfeição. Da mesma forma, **as imperfeições** são fontes primárias de vergonha na sociedade moderna.

É dessa tradição que cresceu o estigma ainda hoje ligado à depressão.

Galeno acreditava na existência de uma alma física localizada no cérebro (o que poderíamos chamar de psique). Essa alma estaria sujeita ao governo do “eu” tão poderoso no corpo quanto Deus no mundo.

Renascimento – A dor irracional era considerada uma doença (melancolia) e uma qualidade inerente a um tipo de personalidade (melancólica). Marsílio Ficino foi considerado o maior filósofo, entre todos os que discutiram a depressão. Ele reconhecia a depressão como

uma doença terrível e recomendava tratamentos, inclusive exercícios, alterações da dieta e música. Burton, no século XVII, dizia que nosso corpo era como um relógio e se faltasse uma peça, todo resto ficava desordenado. Identificou o princípio moderno de que as pessoas têm diferentes níveis de tolerância ao trauma, e a interação do tipo de trauma com o nível de tolerância que determina a doença.

Século XVII - O grande transformador da medicina, do ponto de vista filosófico, foi René Descartes, considerando a influência da mente sobre o corpo e vice-versa.

Final do século XVII e início do século XVIII - Com o desenvolvimento da ciência, surgiram novas teorias sobre o corpo, o que trouxe com elas novas teorias sobre a biologia da mente e suas disfunções, tais como a depressão causada pela falta de elasticidade das fibras, a depressão ou o delírio pelo suprimento reduzido de sangue em certas áreas do cérebro. (Essas teorias serviram para a desumanização do humano).

Século XVIII - Embora a ciência tivesse avanços, a posição social dos deprimidos dava grandes saltos para trás. Os mentalmente doentes eram marginais, sem direitos ou posicionamento social; os deprimidos tinham vantagens por serem relativamente dóceis sofrendo menos pressão que os maníacos e os esquizofrênicos. A sociedade não acreditava que os afetados ou com comportamentos estranhos pudessem recuperar-se. Entravam no hospital mental e lá ficavam até a morte. Este século foi provavelmente a pior época para se sofrer de uma grave disfunção mental.

Século XIX - Os mentalmente doentes começaram a receber tratamentos mais próximos aos de humanos.

Philippe Pinel defendeu uma reforma no tratamento dos mentalmente doentes, publicado em 1806, através do tratamento moral. A causa da loucura era entendida como imoralidade, como um exagero a ser corrigido pelas mudanças de costumes, de hábitos, ou seja, a reeducação dos hábitos. Daí a terapia chamada de tratamento moral. Sua proposta incluía atenção à dieta e uma disciplina rígida sobre a conduta dos empregados, punindo com severidade qualquer ato de violência contra aqueles a quem tinham o dever de servir.

O estabelecimento do sistema de asilo para com os enfermos foi a principal conquista do século XIX. Por outro lado, o número de pobres identificados como mentalmente enfermos dobrou devido em parte aos padrões mais rigorosos de sanidade e, em parte, pelas depredações do industrialismo vitoriano. O depressivo, mesmo sem necessidade era removido do círculo familiar e colocado no asilo.

O sistema de tratamento asilar proporcionou uma comunidade para o indivíduo estar, mas por outro lado isolou da companhia da sua comunidade e da sua família, longe de suas principais fontes de afeto.

Os verdadeiros **deprimidos** não se tornaram invisíveis pelos asilos. Eles têm sido **sempre invisíveis** porque sua própria **doença** faz com que cortem os contatos e ligações humanas

A reação das pessoas, de modo geral, aos indivíduos gravemente deprimidos é de rejeição e desconforto. Os que não estão atingidos pela doença, não gostam de vê-la porque a visão os enche de insegurança e provoca ansiedade. Quando se diz que os mentalmente doentes foram retirados de seu contexto natural se nega a realidade de que seu contexto natural os rejeitou.

No Século XIX estabeleceu-se a classificação das doenças mentais.

As classificações anteriores referiam-se mais a critérios filosóficos, numa alusão às faculdades da alma. A partir deste século surgiram diversos modelos teóricos sobre o conceito da loucura e suas classificações, fundamentados no enfoque médico. Pinel propôs um sistema de classificação das doenças mentais, separando-as em melancolias, manias sem delírio, manias com delírio e demência (deterioração intelectual e idiotia). A base teórica de Pinel consistia em examinar o cliente como um todo. Dizia que a doença mental não era coisa sobreposta ao sofredor, mas resultado de hereditariedade e experiências da vida.

As classificações a partir do DSM são fortemente provocadas por questões de interesse econômico que favorecem a movimentação do mercado dos laboratórios de medicamentos.

Dois importantes movimentos permearam o **século XX** no que diz respeito à compreensão e tratamento dos transtornos do humor: **o psicanalítico e o psicobiológico**.

A partir do movimento psicanalítico surgiram diversas teorias científico-sociais sobre a mente. Freud apontou que a melancolia é uma forma de luto e que surge de uma sensação de perda da libido, do desejo por comida ou sexo. **Sigmund Freud é considerado o pai da psicanálise** e Emil Kraepelin, o pai da psicobiologia. Kraepelin catalogava as doenças mentais, separava doenças mentais adquiridas, das hereditárias, catalogava as causas da depressão.

A **psicobiológica** tem sido a base para categorizações mais absolutistas. As terapias psicodinâmicas têm como princípio anular o poder de traumas esquecidos ou reprimidos, retirando-os do inconsciente. Adolf Meyer contribuiu com a crença de que as pessoas são capazes de mudança, que aprendem a viver de um modo que as deixe menos propensas à doença mental. Tinha muito interesse no ambiente social e apoiou a ideia da terapia comportamental.

Em meados do século XX duas questões perturbaram a neurociência da depressão: se os estados de ânimo viajavam pelo cérebro em impulsos elétricos ou químicos, haveria diferença entre depressão neurótica endógena (que vinha de dentro) e depressão reativa exógena (que vinha de fora).

Os indivíduos deprimidos não gostam de pensar que tenham desmoronado diante das dificuldades que outros poderiam agüentar. Houve interesse social em afirmar que a depressão é causada por processos químicos internos fora do controle desses indivíduos. Acredita-se que esse contexto resultou na popularização dos antidepressivos.

Os diversos modelos de teorias sobre a doença mental anteriormente estudadas resultaram, na segunda metade do **século XX**, na classificação do Manual Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (**DSM**).

Apesar de Pinel ter preconizado esse modo de olhar o indivíduo, ainda hoje, podemos vivenciar na prática diária profissional, a ausência da observação humanizada e sistemática. Assim sendo, é atribuída maior atenção para o diagnóstico do que para o próprio indivíduo.

A visão da depressão no mundo antigo era surpreendentemente semelhante à atual. Hipócrates acreditava ser a depressão uma doença essencialmente cerebral, devendo ser tratada com medicações orais. A neurociência busca explicações concretas no corpo da pessoa afetada e as intervenções medicamentosas como a base do tratamento.

2.4 Aspectos conceituais da depressão

O humor é um estado emocional prolongado que influencia a personalidade total da pessoa no seu funcionamento. Envolve sentimentos e é sinônimo de estado emocional e emoção. Como outros aspectos da personalidade, as emoções ou os humores têm função adaptativa. As variações ou flutuações no humor são parte natural da existência humana. Elas indicam que o indivíduo está percebendo o mundo e respondendo a ele.

Neste curso a palavra humor é usada como sinônimo de estado de ânimo

Estado de ânimo normal corresponde a uma situação harmônica da pessoa consigo mesma e com seu ambiente, caracterizada por reações de alegria ou tristeza moderadas, sem que estas emoções interfiram com seu funcionamento habitual. O estado de ânimo normal pode representar oscilações espontâneas ou causadas por situações externas. As variações que se apresentam devem ser adequadas aos estímulos que as provocam, sem chegar a extremos que tenham desdobramentos danosos frente aos estímulos da vida cotidiana.

O humor

- Estado de ânimo normal corresponde a uma situação harmônica da pessoa consigo mesma e com seu ambiente.
- Caracterizado por reações de alegria ou tristeza moderadas ► sem que interfiram no funcionamento habitual do indivíduo.
- Pode sofrer variações ou flutuações no humor espontâneas ou causadas por situações externas ► são parte natural da existência humana ► devem ser adequadas aos estímulos que as provocam, sem chegar a extremos.
- Não se deve confundir a depressão com o estado de ânimo decaído que se sucede a uma experiência vital adversa, por exemplo, perdas (pessoas queridas, emprego, etc.), separações, desilusões, etc.
- Normal, elevado ou deprimido.
- O extremo patológico da alegria ► a mania ► situação em que a pessoa está em um estado exaltado de alegria, sem que haja razão para isso.
- O extremo patológico da tristeza ► depressão é freqüente ► 5 % da população sofre de depressão ► um terço da população

O humor das pessoas pode ser normal, elevado ou deprimido.

As mudanças de humor sempre fizeram parte da vida das pessoas. Há dias em que as pessoas sentem-se “para cima”, e há dias em que sentem-se “para baixo”. Viver e entender as emoções significa experimentar esses sentimentos. Quando as pessoas estão felizes sentem alegres e cheias de energia, elas muitas vezes esquecem que isto não é sempre saúde ou apropriado sentir-se desta forma. Em diversos momentos as pessoas se deparam com perdas, pois esta é uma inevitável experiência humana, vivenciando momentos naturais de dor e tristeza.

Não se deve confundir a depressão com o estado de ânimo decaído que se sucede a uma experiência vital adversa, por exemplo, perdas (pessoas queridas, emprego, etc.), separações, decepções, etc. Este estado é uma resposta normal de caráter transitório que, na linguagem corrente, também se conhece como depressão. Para distinguir esta reação, considerada natural/normal do transtorno do humor patológico, propomos a expressão episódio depressivo.

Os termos depressão, transtorno afetivo e transtorno do humor geralmente são usados como equivalentes. Em seu sentido estrito não o são. Muito embora a patologia crítica nesses transtornos é do humor, ou seja, o estado emocional interno mais constante de uma pessoa, e não do afeto, a expressão externa do conteúdo emocional. Os transtornos do humor são uma categoria ampla de estados de ânimo de pessoas que apresentam dificuldades nos campos das emoções, da capacidade cognitiva, do comportamento e regulação das funções corporais. Envolvem transformações de humor que variam da depressão profunda à intensa mania.

Os dois principais transtornos do humor ou afetivos são o transtorno depressivo maior e o transtorno bipolar I.

O transtorno depressivo maior, também referido como depressão maior é a forma mais comum dos transtornos do humor, com prevalência durante a vida de cerca de 15% a 25% em mulheres.

A tristeza normal é um estado transitório em que a pessoa se sente decaída e se retrai. A reação de dor também cai dentro dos estados normais e é o estado de tristeza mais pronunciado, em decorrência da morte de um ente querido ou outra perda significativa, cuja duração se prolonga por várias semanas. A reação de dor acentua os limites de dor normal, sendo a tristeza mais profunda, o desinteresse mais proeminente e a duração maior, constituindo um estado patológico.

O extremo patológico da tristeza é o episódio depressivo (CID-10), depressão maior (DSM - IV) ou transtorno depressivo maior. O cliente está triste em grau máximo, completamente desinteressado do ambiente, quadro que se acompanha de diferentes sintomas associados: tristeza, perda de energia e interesse, sentimentos de culpa, dificuldades para concentrar-se, perda do apetite, e pensamentos sobre morte e suicídio. Nos casos graves, a depressão maior pode ter como desfecho o suicídio.

Neste texto utiliza-se a palavra transtorno e doença como sinônimo.

A depressão é um transtorno muito freqüente na população geral. Estima-se que, em algum momento, ao menos 5 % da população esteja sofrendo de depressão e que no mínimo um terço da população provavelmente sofre um episódio de depressão durante a vida.

É um transtorno mental tratável. Uma vez diagnosticada pode ser tratada com êxito na maioria dos casos, mediante medicamentos, psicoterapia ou a combinação de ambos.

É uma doença que, a princípio, pode passar despercebida. Com freqüência não é diagnosticada ou é confundida com outras enfermidades nos serviços não especializados de saúde, particularmente nos de atenção básica à saúde. Ex. Pode ser tratada por clínicas focalizadas: a dor de cabeça, problemas intestinais, perda de peso, etc.

É uma doença de alto custo, tanto para o cliente e sua família como para a comunidade e o país. As ausências do trabalho, a baixa produtividade e as despesas com o tratamento das pessoas afetadas representam perdas importantes, nem sempre contabilizadas.

É uma doença incapacitante - nos casos mais graves impossibilita a pessoa de realizar suas funções habituais e isso inclui cuidar de si mesma. Significa o oposto de vitalidade e sinônimo de sofrimento.

É uma doença potencialmente letal, porque envolve risco de suicídio, o que nos casos graves pode ser muito alto.

A mania ou episódios maníacos são outros transtornos do humor, de traços opostos aos da depressão. A mesma é menos comum que o transtorno depressivo maior, com uma prevalência no período de vida de cerca de 1%. Entre os episódios maníacos, o transtorno bipolar I é o mais freqüente.

O extremo patológico da alegria, a mania, é uma situação em que a pessoa está, em um estado exaltado de alegria, sem que haja razão para isso. A atenção (o estado de concentração da atividade mental sobre determinado objeto) se dispersa e o juízo crítico (discernimos a verdade do erro, asseguramo-nos da existência ou não de um objeto perceptível) compromete. A euforia é o passo mais avançado da simples alegria, porém sem chegar a ser patológica. A pessoa apresenta-se muito alegre, sem que seu funcionamento se perturbe. Um grau mais acentuado que a mania é a hipomania, estado anormal em que a pessoa manifesta um bom humor inusitado, vê tudo cor de rosa e se comporta de acordo como se sente, sem importar-se com as possíveis conseqüências de seus atos. Os indivíduos com humor elevado (isto é, mania) mostram expansividade, alegria, exaltação das emoções, hiperatividade, fuga de idéias, sono diminuído, auto-estima elevada e idéias grandiosas.

Outros sintomas e sinais de transtornos de humor incluem alterações nos níveis de atividade, capacidades cognitivas, linguagem e funções vegetativas (como sono, apetite, atividade sexual e outros ritmos biológicos). Essas mudanças quase sempre comprometem o funcionamento interpessoal, social e ocupacional.

O conhecimento técnico científico, a atitude compreensiva e a implementação cuidadosa do portador de transtorno do humor dependem da aprendizagem gradual e constante, aproximando e entendendo o mundo do indivíduo deprimido e/ou maníaco, bem como as formas mais adequadas dos recursos terapêuticos.

2.5 Fatores de risco

Neste texto, os termos fatores predisponentes, fatores de risco, fatores maiores para a doença e etiologia serão utilizados como sinônimos.

Os transtornos do humor, assim como outras doenças físicas e mentais são consideradas como multifatoriais, ou seja, a doença é uma resultante de diversos fatores.

MULTIFATORIAL: a doença é uma resultante de diversos fatores

Possivelmente o desenvolvimento da doença se dá de maneira peculiar e para cada indivíduo. Entretanto, para este mesmo indivíduo pode se apresentar de modo diferente, em momentos diferentes. Alguns sintomas são mais comuns e característicos de determinados quadros patológicos. Por outro lado, cada indivíduo possui um funcionamento emocional/interno próprio e único. O que é um forte fator de risco para um indivíduo para outro pode não ser.

Os fatores de risco para os transtornos do humor podem ser distribuídos didaticamente em três fatores: ambientais, biológicos e psicológicos. Esta divisão é arbitrária em razão da probabilidade de os três campos interagirem entre si, ou seja, os fatores psicológicos, biológicos ou ambientais nos transtornos do humor se superpõem parcialmente e interatuam.

Transtornos do humor
ALERTA PARA OS FATORES DE RISCO
<ul style="list-style-type: none"> • Episódios prévios de depressão (recorrentes) • História familiar de transtornos do humor • Pertencer ao gênero feminino e período pós-parto • História de intenção de suicídio • Portador de doença grave ou incapacitante - a presença de pelo menos uma doença ou condição de saúde crônica e a comorbidade. • Falta de apoio social ou familiar; renda familiar. • Estar passando por momentos difíceis como perdas pessoais, profissionais ou financeiras ou experimentando estressores negativos recentes. • Abuso de álcool e drogas

De modo geral, pode-se dizer que o **transtorno depressivo**:

- É mais freqüente em pessoas solitárias que não tem relações interpessoais íntimas, estando divorciadas ou separadas.
- Alguns estudos não relacionam condições socioeconômicas e culturais com os transtornos de humor. Outros associam os transtornos de humor aos extremos da pobreza e riqueza da classe social, ou a mudanças inesperadas.
- O risco de episódio depressivo maior aumenta ou diminui com o nível de renda, de acordo com o poder aquisitivo baixo ou elevado.
- Alguns acreditam que a depressão seja mais comum em áreas rurais do que em áreas urbanas. Há quem defenda a maior presença de depressão nos centros urbanos.
- Não se encontrou desigualdades dos números de transtornos de humor entre os diferentes níveis educacionais.
- Estar desempregado é um fator de risco para ambos os sexos, mas ser aposentado é mais freqüente para os homens.

Tanto a depressão como a mania ou a combinação de ambos, com freqüência se repetem (são recorrentes). A existência de **quadros prévios** é um fator de risco para que apareçam novos episódios.

Embora as razões para a alta prevalência do transtorno depressivo no sexo feminino sejam desconhecidas, as razões podem incluir vários fatores estressantes, parto, modelos comportamentais de aprendizado da impotência e efeitos hormonais.

O **parto** pode, precipitar um episódio depressivo. No entanto, deve-se ter em conta que um número apreciável de mulheres se apresentam abatidas após o parto sem que isto signifique que tenham depressão.

Quando uma pessoa tem antecedentes de **uma ou várias tentativas de suicídio**, as probabilidades de desenvolver um episódio depressivo são altas.

Ser portador de uma **doença grave ou incapacitante** é outro fator que predispõe a aparição de transtornos do humor, particularmente depressões.

A rede de **relações afetivas e sociais** é um diferencial. As pessoas que vivem só e que não dispõem de apoio dos familiares, amigos e comunidade (rede social) têm um risco maior de sofrer episódios depressivos.

Quanto à zona de residência dos indivíduos, aponta-se que morar na zona rural e considerado um fator de baixo risco de episódio depressivo maior. Comparando as pessoas solteiras e casadas, verificou-se que ser separado é um fator de risco para ambos os sexos, ser solteiro é fator de risco maior para os homens. Não há diferença entre ser casado, amasiado ou viúvo.

Ser fumante é um significativo fator de risco para a depressão maior comparado aos que nunca fumaram. No caso de ex-fumantes, o risco é intermediário.

A **freqüência do uso de álcool** está associada à depressão. Comparou-se a abstinência com beber diariamente como alto fator de risco. O risco de depressão foi associado com a freqüência da ingestão de bebidas tóxicas, ou seja, é maior o risco para pessoas com intoxicação alcoólica por ingestão de bebidas pelo menos uma vez por semana, comparadas com as que nunca as ingeriram.

A **comorbidade** é apontada como fator de risco para o transtorno de humor. A presença de duas ou mais condições de doença crônica são fatores de risco para ambos os sexos. Há forte associação da depressão com obesidade, cardiopatias e neuropatias.

Diferenças na **frequência das atividades físicas e de lazer** não estão associadas com a prevalência da depressão; no entanto não fazer exercícios em absoluto é um alto fator de risco para a depressão maior. Da mesma forma a convivência com grupos de lazer, recreação e outros grupos sociais é positiva contra a depressão.

Há **hipóteses neuroquímicas** de que os transtornos do humor estão associados com desregulações heterogêneas (aminas biogênicas: noradrenalina -NE, serotonina - 5-HT e dopamina - DA). Os sistemas monoaminérgicos (noradrenalina, serotonina e dopamina) originam-se em pequenos núcleos no tronco cerebral e mesencéfalo e projetam-se pelo córtex e pelo sistema límbico. Junto com a acetilcolina exercem efeitos de modulação e integração sobre outras atividades corticais e subcorticais e estão envolvidos na regulação da atividade psicomotora, do apetite, do sono e, provavelmente, do humor. É sugerida uma possível redução da atividade dopaminérgica na depressão e aumento na mania.

Neurotransmissores mais envolvidos na fisiopatologia **dos transtornos do humor:** sistemas monoaminérgicos: **Noradrenalina, Serotonina e Dopamina.**

Entre os fatores biológicos dos transtornos do humor, o componente genético é muito importante. Pesquisar nos antecedentes familiares sinais que evidencie a existência de pessoas que tenham tido episódios depressivos e/ou maníacos. É importante averiguar se na família há outras pessoas com transtornos do humor. A depressão é de 1-3 vezes mais frequente em pessoas com parentes de 1º grau de consanguinidade que já tiveram esse transtorno. Um dos principais desafios nos estudos genéticos do transtorno do humor continua sendo a caracterização precisa do fenótipo.

Mesmo apresentando variações no conceito de transtorno do humor, conclui-se que:

- Estudos em famílias, com gêmeos e adotados indicam a existência de um componente genético para depressão tanto unipolar como bipolar.
- Estima-se que esse componente genético represente cerca de 40% da susceptibilidade para desenvolver depressão unipolar.
- O modo de transmissão genética não está definido, embora as análises de segregação sugere que a depressão seja provavelmente multifatorial.
- Os estudos de genética molecular não conseguiram ainda identificar um locus gênico específico para a depressão, possivelmente por se tratar de uma enfermidade com heterogeneidade etiológica.

As condições ambientais (desemprego, perdas econômicas, demandas judiciais, estabelecimento de mudanças, catástrofes, etc.) ou fatores psicossociais (dor emocional e/ou física, perdas significativas, divórcio, etc.), são predisponentes a manifestação do estado depressivo.

Como o transtorno do humor é uma doença multifatorial, ou seja, não existe fator único para o aparecimento desse transtorno, mas um conjunto de fatores, pressupõe-se que **quanto maior a somatória desses fatores, maior o risco da presença do transtorno do humor.**

2.6 Epidemiologia

A prevalência, durante a vida, de transtorno depressivo maior, considerado um transtorno comum, é de cerca de 15%, talvez, até 25% em mulheres.

A depressão maior é mais frequente nas mulheres do que nos homens, observando-se uma relação de 2:1, ou seja, é a prevalência duas vezes maior da depressão unipolar no sexo feminino; mas do masculino para o feminino, o fator de risco é de 1:5. É significativamente mais frequente nas mulheres (10,9%) do que nos homens (7,2%).

É uma observação quase universal: independente de país ou cultura a prevalência da depressão é mais alta para as mulheres do que para os homens,

A **idade média** para a manifestação da depressão mostra o seu aparecimento cada vez mais precoce, isto é, cada vez mais a depressão se manifesta em pessoas jovens e crianças.

- A idade média de início do transtorno depressivo é de 40 anos; 50% de todos os indivíduos portadores têm início entre 20 e 50 anos.
- Testes de depressão apontaram a idade média dos acometidos: 25-54 anos para mulheres e 35-54 para homens. A depressão maior, embora geralmente comece na casa dos vinte ou trinta anos, pode começar em qualquer idade.
- Durante a vida, aproximadamente um em cada oito adultos pode ter depressão maior, sendo um risco de 7 a 12% para os homens e de 20 a 30% para as mulheres. Afeta 11,5 milhões de pessoas a cada ano, 71% mulheres.
- O aumento da incidência de transtorno depressivo maior entre pessoas com menos de 20 anos de idade. Isto pode estar relacionado ao aumento do uso de álcool e outras substâncias neste grupo etário.

Algumas pessoas têm apenas um único episódio depressão maior e voltam ao funcionamento pré-sintomático. Por outro lado, estima-se que mais de 50% dos que tiveram um episódio depressivo voltarão a ter outro e que 25% dos clientes terão depressão crônica e recorrente.

O conjunto de clientes hospitalizados por qualquer causa tem uma taxa de prevalência ligeiramente mais alta que na população geral, tanto que nos clientes com infarto de miocárdio as taxas são muito maiores.

A presença de algumas **doenças somáticas simultâneas** à depressão é muito alta. Portanto, a depressão, é um acompanhante comum de muitas doenças. A comorbidade (a coexistência de duas ou mais doenças em uma mesma pessoa) da depressão com outras doenças consiste na concomitância deste transtorno com uma ou várias doenças crônicas ou agudas. Entre 12% e 36% das pessoas que sofrem qualquer doença somática tomada como um conjunto, apresentam também depressão:

- Outras doenças 12-30%
- Acidente vascular cerebral 10-27%
- Diabetes 30%
- Doença coronariana 40-65%
- Câncer 50%

A morbidade psiquiátrica tem sido associada com o aparecimento do HIV desde o início da epidemia da AIDS. A prevalência de transtorno de transtorno depressivo maior, incluindo homens e mulheres apontada foi de 3,0 para 10,9% em soropositivo assintomático e de 4,0% para 18,4% em HIV – soropositivo sintomático.

Registra-se alta incidência de depressão entre clientes hospitalizados por doenças não-psiquiátricas. Em uma grande parcela, esses tipos de depressão passam despercebidos, de modo que não são diagnosticados e nem tratados.

- A incidência na clínica geral chega a 10%, e em clientes internados por motivos de doenças, aproxima-se de 15%.
- Sugere-se que cerca de um terço dos clientes internados por problemas não-psiquiátricos relatam sintomas de leves a moderados de depressão e até um quarto podem ter uma doença depressiva.
- Apenas cerca da metade das pessoas com transtorno depressivo maior recebe tratamento específico, ou seja, medicamentoso e/ou psicológico

A depressão ocorre com frequência junto com outros transtornos psiquiátricos

Quanto a **comorbidade psiquiátrica**, que significa a coexistência de dois ou mais transtornos psiquiátricos em uma mesma pessoa, a OPAS (1999) assim classifica:

- qualquer outro transtorno psiquiátrico 10%
- abuso de álcool 10%
- uso de drogas 19%
- transtorno do pânico 19%
- ansiedade generalizada 30%
- transtorno de somatização 60%

Até 43% dos clientes com transtornos depressivos maiores têm histórias de um ou mais transtornos psiquiátricos não-relacionados ao humor. Esses números salientam a relevância desse problema de saúde e sugerem a necessidade de diagnóstico e tratamento precoces.

Apenas **um terço** de todas as pessoas com depressão buscam ajuda e recebem o diagnóstico correto e o tratamento adequado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREWS, G.; SZABO, M.; BURNS, J. Preventing major depression in young people. *British Journal of Psychiatry*. v. 181, December 2002. p. 460-462.

FIORAVANTI, C. Fragilidades espontas: levantamento mundial mostra que os distúrbios psiquiátricos são freqüentes e pouco tratados. *Universiabrasil.net.11*, jan 2005. disponível em: <http://www.aniversiabrasil.net/materia-imp.JSP?id=6045>. Acesso em 11 jan 2005.

FLECK, M. P. A.; LIMA, A. F. B. S.; LOUZADA, S.; SCHESTASKY, A. H.; HENRIQUES, A.; BORGES, V.R.; CAMEY, S.; GRUPO LIDO. Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Rev Saúde Pública*. v. 36, n. 4, 2002. p. 431-438.

HENKEL, V.; MEREL, R. K.; MAIER, W.; MÖLLER, H. J.; HEGERL, V. Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. *BMJ*. V. 326, 25 jan 2003. p. 200-201.

HOLMES, D. S. História e definições. In: _____. *Psicologia dos transtornos mentais*. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. cap. 1, p.25 – 35.

JOSHI, R. M.; SHETTY, T. S.; KHITHANI, A. S. Depression in surgery: an insight. *Indian Journal of surgery*. V. 65, n. 6, nov-dec, 2003. p. 475-479.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J.; GREBB, J. A. Transtornos do humor. In: _____. Compêndio de Psiquiatria: Ciências do Comportamento e Psiquiatria Clínica. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. cap.15, p.493 – 543.

MARTINS, G. L.; TANAKA, R. M.; CAMPOS, N. B.; DALBOSCO, I.S. Prevalência de depressão em mulheres com diabetes mellitus tipo 2 na pós-menopausa. Arq Bras Endocrinol Metab. v. 46, n. 6, 6 dez 2002. p. 674-678.

MORRISON, M. F.; PETITTO, J. M.; HAVE, T.T.; GETTER, D. R.; CHIAPPINI, M. S.; WEBER, A. L. W.; SPENCE, P. B.; BAVER, R. M.; DOUGLAS, S. D.; EXANS, D. L. Depressive and anxiety disorders in women with HIV infection. Am J Psychiatry, n. 159, may 2002. p. 789-796.

PESSOTTI, I. A loucura e as épocas. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 1995.

SANTIAGO, N. J.; KLEIN, D. N. Dysthymia and chronic depression: introductions classification, risk factors, and course. J Clin Psychol. v. 59, aug 2003. p. 807-861.

SHANSIS, F. M.; GREVET, E. H. Transtornos do Humor. In: KAPCZINSKI, F. Bases biológicas dos transtornos psiquiátricos. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. Cap.9, p. 119 – 131.

SOLOMON, A. História. In: _____. O demônio do meio-dia: Uma anatomia da depressão. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002. cap. 8, p. 264-310.

WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL OFFICE FOR EUROPE. Mental health. Country information, 11-03-2004. Disponível em: <http://www.euro.who.int/mentalhealth>. Acesso em: 8 jun 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental and neurological disorders. Fact sheet. n. 265, dez 2001. disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs265/en/print.html>. Acesso em 12 dez 2004.

Tarefas a serem enviadas do módulo 2 – Exercícios de Fixação

Responda no fórum de discussão as questões abaixo:

1. A depressão é um estado emocional que se manifesta por vários sinais e sintomas apresentados abaixo, exceto:
 - a. desânimo
 - b. diminuição da auto-estima
 - c. impotência
 - d. alucinação
 - e. maior risco de suicídio
2. Mencione dois dos fatores de risco comuns associados aos transtornos depressivos.
3. A comorbidade é apontada como fator de risco para o transtorno de humor. Cite as doenças simultâneas à depressão apresentadas neste módulo.

Módulo 3

Classificação e diagnóstico dos transtornos depressivos

3.1 Apresentação

Neste módulo, apresentamos a classificação e os diagnósticos dos transtornos depressivos. Falaremos sobre os critérios para estabelecer o diagnóstico do transtorno depressivo.

3.2 Objetivos

- Descrever os diferentes tipos de transtornos depressivos.
- Identificar as características clínicas associadas aos transtornos depressivos e usar essas informações na avaliação dos clientes.
- Conhecer os critérios para diagnóstico da depressão

3.3 Classificação dos transtornos do humor

As classificações para os transtornos do humor podem ser adotadas de acordo com a **Classificação Internacional das Doenças (CID-10)**, da Organização Mundial de Saúde, em sua décima revisão (World Health Association, 1992) ou da **Associação Psiquiátrica Americana, no DSM – IV** (American Psychiatric Association, 1994).

Os dois principais transtornos do humor são o **transtorno depressivo maior** e o **transtorno bipolar I (transtorno bipolar)**, muitas vezes, chamados de transtornos afetivos.

Os transtornos do humor são oficialmente reconhecidos pela quarta edição do *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (DSM – IV).

Os transtornos do humor dividem-se em duas grandes categorias segundo a OPAS/OMS, 1999 e Holmes, 1996:

- Os transtornos unipolares, que recebem este nome porque somente afetam o polo depressivo do humor: depressivo maior (F.32) e distímia (F.34). Entre os transtornos unipolares, o mais importante é o episódio depressivo (CID – 10) ou depressivo maior (DSM – IV).

- Os transtornos bipolares, chamados assim porque podem afetar alternativamente o polo maníaco e o polo depressivo do humor: episódios alternados de mania e depressão (F31) e episódio isolado de mania (F.30). Os transtornos bipolares caracterizam-se pelo aparecimento de episódios repetidos em que o estado de ânimo e a vitalidade da pessoa estão profundamente alterados, de forma tal que há ocasiões que se apresenta uma exaltação do estado de ânimo e um aumento da vitalidade e no nível de atividade (mania, hipomania) e nas outras, uma diminuição da vitalidade e da atividade (depressão). A característica é que se produz uma recuperação completa entre os episódios isolados (CID – 10).

Classificação da CID – 10

F30 – Episódio maníaco (usado para episódio único de mania)
 F31 – Transtorno afetivo bipolar
 F32 – Episódio depressivo (usado para episódio depressivo *único*)
 F33 – Transtorno depressivo recorrente (tem as mesmas subdivisões descritas para o episódio depressivo).
 F34 – Transtornos persistentes do humor:
 F34.0 – Ciclotimia
 F34.1 – Distímia

O **transtorno afetivo bipolar** pode ser classificado, de acordo com o tipo de episódio atual, em hipomaníaco, maníaco ou depressivo. Os episódios maníacos são subdivididos de acordo com a presença ou ausência de sintomas psicóticos. O transtorno afetivo bipolar inclui ainda os episódios mistos (F 31.6). O **episódio depressivo** pode ser, quanto à intensidade, classificado como: leve, moderado ou grave. Os episódios leves e moderados podem ser classificados de acordo com a presença ou ausência de sintomas somáticos. Os episódios depressivos graves são subdivididos de acordo com a presença ou ausência de sintomas psicóticos. A CID – 10 inclui ainda códigos para “outros” transtornos do humor, e para “transtornos não identificados”.

DSM IV

a) Transtornos depressivos

296.xx – Transtorno depressivo maior (episódio único, ou recorrente).
 300.4 – Transtorno distímico - especificado de acordo com o tipo de início (precoce ou tardio) e de acordo com a presença ou ausência de características atípicas.
 311 – Transtorno depressivo sem outra especificação (SOE).

b) Transtornos bipolares

296.xx – Transtorno bipolar I
 O transtorno bipolar I inclui a ocorrência de episódio maníaco único. O DSM IV pede que se especifique o tipo de episódio mais recente: hipomaníaco, maníaco, depressivo, misto ou inespecífico.
 296.89 – Transtorno bipolar II (hipomania associada a pelo menos um episódio depressivo maior). Especificar se o episódio atual (ou mais recente) é hipomaníaco ou depressivo.
 301.13 – Transtorno ciclotímico.
 296.80 – Transtorno bipolar sem outra especificação (SOE).
 293.83 – Transtorno do humor devido a condição médica geral.
 ____ - Transtorno do humor induzido por substâncias (referir os códigos específicos para cada substância).
 296.90 – Transtornos do humor sem outra especificação (SOE).

Obs. O **DSM –IV** fornece ainda, em seu apêndice B, conjuntos de critérios para estudos adicionais. No que concerne aos transtornos do humor, deverão ser lembrados: transtorno depressivo menor, transtorno depressivo breve recorrente, transtorno misto de ansiedade – depressão e transtorno da personalidade depressiva.

O conceito de “transtorno bipolar II” tornou-se oficial pelo DSM – IV, incluindo na classificação os quadros de hipomania associados a episódios depressivos maiores.

Os indivíduos com transtornos bipolares II e III, quando avaliados fora das crises, são frequentemente ciclotímicos, isto é, caracterizado por leves depressões que se alternam com hipomanias.

As flutuações do humor, observadas nos bipolares II e III, frequentemente dão origem a crises na profissão, na vida familiar e no relacionamento social; não por acaso, esses indivíduos, sujeitos a períodos de exaltação do humor e liberação dos impulsos sexuais e agressivos, são erroneamente classificados como tendo transtornos da personalidade (borderline, narcísico e histriônico).

3.4 Diagnóstico

A **identificação** de transtornos do humor **em nível primário de atenção**, assim como nos ambulatorios e clínicas, está condicionada à atitude do enfermeiro, ou seja, depende da consciência que esta tem da magnitude e da transcendência do problema dos transtornos depressivos e da sua disposição em buscar soluções adequadas.

Portas de entrada para o diagnóstico do transtorno do humor

- Sinais objetivos
- Sintomas
- Doenças associadas
- Condições de risco
- Testes
- Informações fornecidas por familiares e agentes comunitários (indiretas)

A identificação da depressão maior, o mais freqüente transtorno do humor, fundamenta-se na observação do cliente, que permitirá determinar:

- **Os sinais objetivos** (atitude, expressão facial, vestimenta, choro, lentidão dos movimentos, descuido pessoal, perda ou aumento de peso, etc);
- **Os sintomas manifestados pelo paciente** (tristeza, desinteresse, falta de energia, perda de sono, etc.) devem ser buscados de forma ativa pelo enfermeiro. Da mesma forma as condições de risco, que podem ser detectadas ao elaborar a história clínica (antecedentes familiares, episódios depressivos prévios, tentativas ou idéias suicidas, grandes projetos frustrados) bem como a presença insistente da pessoa no serviço.

É possível que o enfermeiro **não receba informação direta do cliente**, mas de seus familiares, de agentes comunitários (religiosos, agentes de saúde) ou do pessoal da equipe de enfermagem..

3.4.1 Características clínicas

A aplicação de questionários em grupos da população permite detectar pessoas que podem estar sofrendo depressão.

- a. Identificação do episódio depressivo: sintomas principais ou típicos** Durante duas semanas ou mais, todo o tempo ou quase todo o tempo:
- Se sente triste, vazia ou deprimida
 - Perdeu o interesse pelas pessoas, pelas suas coisas ou atividades com as quais sentia prazer anteriormente
 - Experimenta cansaço, fadiga ou sensação de falta de energia

Os **três principais sintomas** do episódio **depressivo típico** são a tristeza ou o ânimo deprimido, a perda de interesse por pessoas, coisas ou atividades com as quais sentia prazer anteriormente e o aumento da fadigabilidade ou sensação de perda de energia.

Nem todos os indivíduos com depressão se apresentam tristes e nem todos os indivíduos tristes estão necessariamente deprimidos.

Para se fazer o diagnóstico de episódio depressivo, **os sintomas devem estar presentes, pelo menos, durante duas semanas.**

- b. Identificação do episódio depressivo: sintomas adicionais**
- Dificuldade para concentrar-se ou prestar atenção
 - Perda da confiança em si mesmo e sentimentos de inferioridade
 - Sentimentos de culpa e inutilidade
 - Perspectiva negativa do futuro
 - Pensamentos e/ou atos suicidas ou auto-agressivos
 - Transtornos do sono (diminuição ou aumento)
 - Aumento ou diminuição do apetite ou do peso
 - Diminuição da libido

Alguns dos **sintomas adicionais** são de natureza psicológica (sentimentos de culpa, insegurança, dificuldade para concentrar-se) e outros estão relacionados com as funções físicas (sono e apetite).

Quando se apresentam pensamentos de morte, idéias suicidas ou intenção de suicídio devem ser tomadas precauções extremas, dado o risco de que se consuma o suicídio.

Os sintomas da depressão desenvolvem-se ao longo de dias e semanas.

c. Tipo e gravidade dos sintomas

O episódio depressivo pode ser grave, moderado ou leve segundo o tipo e a gravidade dos sintomas (CID – 10):

- depressão grave** – caracteriza-se pela presença, pelo menos durante duas semanas, de três sintomas principais (típicos) e pelo menos, quatro dos sintomas adicionais que devem ser de intensidade grave.
- depressão moderada** - aparece quando estão presentes, por pelo menos duas semanas, dois dos sintomas típicos e três dos adicionais.
- depressão leve** - pode ser diagnosticada com dois dos sintomas típicos e dois dos adicionais, nenhum destes em grau intenso.
- depressão psicótica** - quando o episódio depressivo grave é acompanhado de alucinações, idéias delirantes ou estupor depressivo (inibição psicomotora grave).

O episódio depressivo pode constar de um **único episódio ou de vários episódios separados** por períodos de normalidade.

A depressão é um grupo bem definido, **porém** também pode apresentar-se **como parte de uma doença geral ou concomitantemente** com o uso e o abuso de álcool ou as drogas ou com a administração de alguns medicamentos.

Também pode coincidir com outra doença psiquiátrica.

d. Questionários para identificação da depressão

- Os questionários utilizados para **detecção da depressão** são úteis na clínica.
- Consistem em uma série de perguntas selecionadas que indagam sobre **sintomas observados** freqüentemente na depressão.
- Os questionários **auto-aplicáveis** (Zung, Beck), podem ser preenchidos pelo próprio cliente.
- Estes questionários, analisados pelo profissional, recebem uma **pontuação**, estabelecendo-se um valor a partir do qual se considera o resultado indicativo do provável nível de depressão.

Existem outros testes mais complexos, que são administrados e interpretados por um clínico e têm o caráter de instrumentos diagnósticos.

Escala de Zung - é um exemplo de questionário auto-aplicado, utilizado em exercícios de busca para detectar possíveis casos de depressão em grupos da população:

- A escala consta de 20 perguntas, cada uma das quais tem quatro respostas diferentes, entre quais a pessoa deve eleger uma.
- Cada resposta tem o valor de 1 a 4 de tal maneira que o total das 20 perguntas possa ter uma pontuação que varia entre 20 e 80.
- De acordo com a pontuação total obtém-se o resultado que se qualifica de positivo ou negativo.
- Estudos de especialistas propõe que para a população não usar-se o seguintes
Depressão provável (moderada): 60 – 69 pontos
Depressão provável (grave): 70 ou mais pontos
- As pessoas que obtiverem uma pontuação positiva devem ser examinadas por um clínico para comprovar se, de fato, que sofrem de depressão.

Escala de Beck - O inventário de Beck (Beck Depression Inventory – BD) tem sido a medida de auto-avaliação de depressão mais amplamente utilizada tanto em pesquisa do que na clínica, há mais de 50 anos.

- É usado para identificar sintomas e atitudes indicativos de depressão; não tem pretensão diagnóstica.
- Consta de 21 itens, incluindo sintomas e atitudes, cada um com quatro afirmações em graus de intensidade de 0 a 3.
- É uma escala que pode ser auto aplicada.
- Os 21 itens referem-se a tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, falta de satisfação, sensação de culpa sensação de punição, auto-depressão, auto-acusação, idéias suicidas, crises de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbio do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição de libido.
- Há várias propostas de diferentes pontos de corte para distinguir os níveis de depressão:
 - a) pacientes previamente diagnosticados recomenda os seguintes pontos de corte: < 10 = sem depressão ou depressão mínima; 10-18 = depressão leve a moderada; 19-29 = depressão moderada a grave; 30-63 = depressão grave.
 - b) para as amostras não diagnosticadas são recomendados escores acima de 15 para detectar disforia e “depressão” escores acima de 20, preferencialmente com diagnóstico clínico concomitante.

e. Fatores que dificultam a identificação dos transtornos do humor

Conhecimentos limitados em: Sintomatologia da depressão

Equivalentes depressivos

Atitudes:

Comorbidade doença-psiquiátrica

Rejeição pelos agentes de saúde dos clientes com transtornos mentais/deprimidos

Práticas:

Preferência por falar de sintomatologia e/ou doenças somáticas

Pouco tempo disponível

Ambiente negativo do serviço

- **A identificação da depressão** é dificultada quando se tem um conhecimento insuficiente ou errado sobre os sinais e sintomas que a caracterizam.
- Porém, mesmo que se conheçam os sintomas e sinais tradicionais, a identificação do quadro pode ser **dificultada** quando aqueles estão **atenuados ou são mascarados** pelos chamados depressivos equivalentes. Estes são **sintomas geralmente somáticos**, aos quais o cliente concede muita importância (dores de cabeça, problemas digestivos, dores nas costas, dores articulares, alterações do apetite, do sono) que podem desviar a atenção do profissional de saúde.
- Também pode ocorrer que quem consulta, além da depressão, está sofrendo concomitantemente outra enfermidade física e/ou mental (infarto do miocárdio, câncer, esquizofrenia, comorbidade), cujos sintomas despertam no enfermeiro maior interesse que em relação ao quadro afetivo, pelos quais passam superficialmente.
- Uma **atitude** de rejeição para com a doença mental, com os doentes mentais em geral ou, em particular, com os clientes deprimidos pode trazer obstáculos à identificação dessas condições. Por outro lado, é freqüente tanto o enfermeiro quanto o cliente sintom mais conforto falando de sintomatologia ou enfermidades físicas do que sobre sintomas relacionados com o estado emocional.

F. Diagnóstico diferencial: características clínicas de acordo com os tipos de transtorno do humor

F.1 Identificação da Distímia (unipolar)

Estado de ânimo cronicamente depressivo:

- Presente durante a maioria do tempo
- Raramente é suficientemente intenso para cumprir com os critérios diagnósticos de episódio depressivo
- Prolonga-se por vários anos ou indefinidamente

A **distímia** é um transtorno unipolar quer dizer, não alterna com episódios em que o estado de ânimo está já normalmente elevado (mania, hipomania). O traço essencial da distímia é a depressão prolongada do estado de ânimo, porém não suficientemente intensa para satisfazer o quadro característico do transtorno depressivo. Pode começar no início da idade adulta e evoluir ao longo de vários anos ou de duração indefinida (CID – 10).

F.2 Identificação do **Episódio maníaco**

Exaltação de ânimo, pelo menos durante uma semana, acompanhada de três ou mais dos seguintes sintomas:

- Aumento da atividade ou inquietação psicomotora
- Falar excessivamente e atropelado (loquacidade e logorréia)
- Fuga de idéias ou sentimento de pensamento acelerado
- Perda de inibição social
- Diminuição do sono
- Aumento exagerado da auto-estima
- Distraibilidade ou mudança constante de atividade
- Comportamentos imprudentes
- Desinibição sexual

A **mania** é um transtorno do humor menos freqüente do que a depressão. Caracteriza-se por um estado de grande euforia, sem relação com as circunstâncias ambientais, acompanhado de vários dos sintomas enumerados no quadro. Pode ser acompanhado de alucinações e idéias delirantes, os quais nem sempre estão presentes.

A **hipomania** é um grau menor de mania em que as alterações do humor e do comportamento não têm intensidade suficiente para interferir nas atividades laborais ou provocar rejeição social. Não é acompanhado de alucinações e nem de idéias delirantes.

F.3 Identificação do transtorno bipolar

Transtorno caracterizado pela **presença de episódios repetidos de mania ou hipomania** que podem ou não se alternam com quadros depressivos que se seguem ou precedem (CID – 10).

- Os episódios variam de freqüência e duração e podem estar separados por períodos de normalidade
- Não é causado por uso de álcool e drogas

Os transtornos bipolares são quadros que se caracterizam pela presença de episódios de mania ou hipomania que se alternam ou não com episódios depressivos:

- ❖ As pessoas com transtorno bipolar apresentam, na maioria das vezes, fases de mania que se alternam com episódios depressivos. Em alguns casos, só apresentam episódios maníacos isolados no curso da doença.
- ❖ Entre um episódio e outro, o estado de ânimo pode ser normal. O tempo medido entre um episódio e outro tende a encurtar na medida em que a idade progride se não tratado.

3.4.2 Critérios diagnósticos

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - **DSM-IV (1995)** estabelece:

3.4.2.1 Critérios para diagnóstico de Episódio Depressivo Maior:

A. **Cinco (ou mais) dos seguintes sintomas** estiveram presentes durante o mesmo período de 2 semanas e representam uma alteração a partir do funcionamento anterior; **pelo menos um dos sintomas** é humor deprimido ou perda do interesse ou prazer.

- (1) humor deprimido na **maior parte do dia, quase todos os dias**, indicado por relato subjetivo (por ex., sente-se triste ou vazio) ou observação feita por outros (por ex. chora muito). **Nota:** Em crianças e adolescentes, pode ser humor irritável.
- (2) interesse ou prazer acentuadamente diminuídos por todas ou quase todas as **atividades na maior parte do dia**, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observação feita por outros).
- (3) **perda ou ganho significativo de peso** sem estar em dieta (por ex., mais de 5% do peso corporal em 1 mês), ou diminuição ou aumento do apetite quase todos os dias. **Nota:** Em crianças, considerar falha em apresentar os ganhos de peso esperados.
- (4) **insônia ou hipersonia** quase todos os dias.
- (5) **agitação ou retardo psicomotor** quase todos os dias (observáveis por outros, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
- (6) **fadiga ou perda de energia** quase todos os dias.
- (7) **sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada** (que pode ser delirante), quase todos os dias (não meramente auto-recriminação ou culpa por estar doente).
- (8) **capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, ou indecisão**, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outros).

- (9) pensamentos de morte recorrentes** (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, tentativa ou plano específico para cometer suicídio.

B. Os sintomas não satisfazem os critérios para um Episódio Misto

C. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo.

D. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., abuso de droga ou medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo).

E. Os sintomas não são melhor explicados por luto, ou seja, após a perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com desvalia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

Crítérios para Diagnósticos de Transtorno Depressivo Maior: Episódio Único

A. Presença de um único Episódio Depressivo Maior

B. O Episódio Depressivo Maior não é melhor explicado por um Transtorno Esquizoafetivo nem está sobreposto a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico sem outra especificação.

C. Jamais houve um Episódio Maníaco, um Episódio Misto ou um Episódio Hipomaniaco. **Nota:** Esta exclusão não se aplica se todos os episódios tipo maníaco, tipo misto ou tipo hipomaniaco são induzidos por substância ou tratamento ou se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral.

D. Especificar (para episódio atual ou mais recente): Especificadores de Gravidade/ Psicótico/ de Remissão Crônica com características Catatônicas; com características Melancólicas; com características Atípicas; com início no Pós-Parto

Crítérios Diagnósticos para Transtorno Depressivo Maior: Recorrente

A. Presença de **dois ou mais** Episódios Depressivos Maiores

Nota: Para serem considerados episódios distintos, deve haver um intervalo de pelo menos 2 meses consecutivos durante os quais não são satisfeitos os critérios para Episódio Depressivo Maior.

B. O Episódio Depressivo Maior não é melhor explicado por um Transtorno Esquizoafetivo nem está sobreposto a Esquizofrenia, Transtorno Esquizofreniforme, Transtorno Delirante ou Transtorno Psicótico sem outra especificação.

C. Jamais houve um Episódio Maníaco, um Episódio Misto ou um Episódio Hipomaniaco. **Nota:** Esta exclusão não se aplica se todos os episódios tipo maníaco, tipo misto ou tipo hipomaniaco são induzidos por substância ou tratamento ou se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma condição médica geral.

Especificar (para episódio atual ou mais recente):

Especificadores de Gravidade/ Psicótico/ de Remissão Crônico; com características Catatônicas; com características Melancólicas; com características Atípicas; com início no Pós-Parto

Especificar: Especificadores longitudinais de curso (com ou sem recuperação entre episódios) com padrão sazonal

3.4.2.2 Critérios Diagnósticos para Transtorno Distímico

A. Humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, indicando por relato subjetivo ou observação feita por outros, por **pelo menos 2 anos**. **Nota.:** Em crianças e adolescentes, o humor pode ser irritável e a duração deve ser de no mínimo 1 ano.

B. Presença, enquanto deprimido, de duas (ou mais) das seguintes características:

a. **apetite** diminuído ou hiperfagia

b. **insônia** ou **hipersonia**

C. **baixa energia** ou **fadiga**

d. **baixa auto-estima**

e. **fraca concentração** ou dificuldade em tomar **decisões**

C. Durante o período de 2 anos (1 ano, para crianças ou adolescentes) de perturbação, jamais a pessoa esteve sem os sintomas dos Critérios A e B por mais de 2 meses a cada vez.

D. Ausência de Episódio Depressivo Maior durante os primeiros 2 anos de perturbação (1 ano para crianças e adolescentes); isto é, a perturbação não é melhor explicada por um Transtorno Depressivo Maior Crônico ou Transtorno Depressivo Maior, em Remissão Parcial.

Nota: Pode ter ocorrido um Episódio Depressivo Maior anterior, desde que tenha havido remissão completa (ausência de sinais e sintomas significativos por 2 meses) antes do desenvolvimento do Transtorno Distímico. Além disso, após os 2 anos iniciais (1 ano para crianças e adolescentes) de Transtorno Distímico, pode haver episódios sobrepostos de Transtorno Depressivo Maior e, neste caso, ambos os diagnósticos podem ser dados quando são satisfeitos os critérios para um Episódio Depressivo Maior.

E. Jamais houve um Episódio Maníaco, um Episódio Misto ou um Episódio Hipomaniaco e jamais foram satisfeitos os critérios para Transtorno Ciclotímico.

F. A perturbação não ocorre exclusivamente durante o curso de um Transtorno Psicótico crônico, como Esquizofrenia ou Transtorno Delirante.

G. Os sintomas não se devem aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por ex., abuso de droga, medicamento) ou de uma condição médica geral (por ex., hipotireoidismo).

H. Os sintomas causam sofrimento clinicamente significativo ou prejuízo no funcionamento social ou ocupacional ou em outras áreas

Especificar:

- **Início Precoce:** se o início ocorreu antes dos 21 anos
- **Início Tardio:** se o início ocorreu aos 21 anos ou mais.

Especificar (para os 2 anos de Transtorno Distímico mais recentes):

- **Com Características Atípicas**

Referências Bibliográficas

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-IV. Fourth Edition. Washington, DC, 1994. p. 317-327.

DSM IV – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais tradução Dayse Batista. 4 ed. Porto Alegre; Artes Médicas, 1995. p. 303-372.

GORENSTEIN, C.H.; ANDRADE, L.H.S.G.; ZUARDI, A.W. Inventário de depressão de Beck: propriedades psicométricas da versão em português. In: _____ . Escalas de avaliação clínica em psiquiatria e psicofarmacologia. São Paulo: Lemos Editorial, 2000. cap. 10, p. 89-95.

HOLMES, D.S. História e definições. In: _____ . Psicologia dos transtornos mentais. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. cap. 1, p. 25-35.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. Transtornos do humor. In: _____ . Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. cap.1, p. 493-543.

KWON, J.S.; KIM, Y.M.; CHANG, C.G.; PARK, B.J.; KIM, L.; YOON, D.J.; HAN, W.S.; LEE, H.J.; LYOO, K. Three-year follow-up of women with the sole diagnosis of depressive personality disorder: subsequent development of dysthymia and major depression. Am J Psychiatric, n. 157, p. 1966-1972, December 2000. disponível em: <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/vontent/full/157/12/1996>. Acesso em: 4/9/2004.

LINDEMAN, S.; HAMALAINEN, J.; ISOMETSA, E.; KAPRIO, J.; POIKOLAINEN, K.; HEIKKINEN, M.; ARO, H. The 12 – month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. Acta Psychiatry Scand. 2000, 102: 178-184. Printend in UK. All rights reserved.

OPAS/OMS. Módulo para la capacitación de la enfermera general en la identificación y manejo de los trastornos afectivos: Programa de Saúde Mental. División de Promoción de la Salud, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. CID 10 Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde. 10 ed. Universidade de São Paulo. São Paulo: EDUSP, 1994, v.1, cap. V, p. 333-340.

PETROU, S.; COOPER, P.; MURRAY, L.; DAVIDSON, L.L. Economic costs of post-natal depression. The British Journal of Psychiatry. Published by the Royal College of Psychiatrists. V. 181, p. 05-512, dec. 2002.

SUART, G.W.; LARAIA, M.T. Respostas emocionais e transtornos do humor. In: SUART, G.W. Enfermagem psiquiátrica: princípios e prática. 6 ed. Porto Alegre: Artmed Editora, 2001. cap. 19, p. 380-416.

THOMPSON, C.; OSTLER, K.; PEVELER, R.C.; BAKER, N.; KINMONTH, A.L. Perspectiva dimensional no reconhecimento de sintomas depressivos em atenção primária: o projeto depressão Hampshire 3. Rev. Psiq. Clín. n. 29, v. 3, p. 160-161, 2002.

VALENTINI, W.; LEVAV, I.; KOHN, R.; MIRANDA, C.T.; MELLO, A.A.F.; MELLO, M.F.; RAMOS, C.P. treinamento de clínicos para o diagnóstico e tratamento da depressão. Rev. Saúde Pública. n. 38, p. 522-528, 2004.

Exercícios de Fixação – Módulo 3

1. Assinale as alternativas corretas

Nos diferentes tipos de depressão as possíveis alterações incluem:

sentir-se cansado e indiferente

negação de sentimentos raiva, ansiedade e culpa

anorexia ou ingestão excessiva de alimento

insônia ou hipersonia

cefaléia, dores nas costas, dores torácicas

outros sintomas associados à perda de um ente querido

retardo dos processos de pensamento; dificuldade de concentrar-se e de dirigir a atenção

pensamentos obsessivos e repetitivos, associado a pessimismo e negativismo

() verbalizações e comportamentos refletindo ideação suicida

2. Acompanhe e desenvolva os dois estudos de caso apresentados a seguir:

CASO A - Cliente: Secretária

- 32 anos, casada.
- Nos últimos 3 meses passou por 10 consultas com queixa de cefaléia occipital que não melhora com analgésicos.
- Exame físico e análise de laboratoriais normais.
- O enfermeiro, durante a interação encontra queixas de insônia na madrugada, fadigabilidade, irritabilidade e diminuição do desejo sexual.

Esta sintomatologia da cliente corresponde a um quadro clínico que se observa freqüentemente nas pessoas atendidas em nível primário de atenção ou em clínicas de atendimento geral. Nota-se que a princípio o conteúdo da consulta era somático (cefaléia) e que a paciente só se refere a outros sintomas ao ser interrogada pela enfermeira.

Perguntas para reflexão e resposta

- Que atitude você teria com a cliente?
- Qual seria sua reação frente a tantas consultas?
- Quanto tempo poderia dedicar-se?
- O que faria para escutar suas queixas?
- Pensa que o cliente deve consultar um médico?
- Qual o provável diagnóstico?

Aqui se trata de determinar qual a reação habitual do enfermeiro frente a um cliente que apresenta um quadro clínico “indefinido” e que tem sido consultado várias vezes. O propósito das perguntas é estimular a discussão sobre os aspectos relacionados com o quadro depressivo e reconhecer, desde o princípio da capacitação, as idéias que os participantes têm sobre o tema.

Deverá ser ressaltado que a queixa da cliente parece ser uma sintomatologia comum, atribuída a sua personalidade ou ao estresse da vida diária. Na realidade, pode tratar-se de um caso depressivo maior, condição que requer uma exploração mais detalhada e que pode ser iniciada por um enfermeiro.

Estimular a discussão e averiguar se pode ter por trás de um queixa sintoma físico, uma depressão profunda

CASO B – dona de casa

Cliente de 42 anos que apresenta há cerca de um mês choro fácil, falta de interesse nas atividades do lar, fadigabilidade, irritabilidade, insônia, baixa auto-estima e idéias suicidas.

Perguntas para refletir e responder argumentando:

- Como o profissional daria apoio a esta pessoa?
- Pensa que é importante averiguar se tem algum plano de suicídio? Falaria com ela acerca desta possibilidade?
- Pensa que é uma emergência?
- Pensa que requer vigilância e proteção?
- Deve referir a equipe multidisciplinar?
- Agendaria consulta de retorno para seguimento?

Estas questões buscam motivar os participantes para que exponham sua opinião a respeito das ações que devem ser tomadas frente a uma cliente com depressão. Como mais adiante há tópicos de atenção, aqui deverá ser anotado tudo o que for exposto/escrito pelo enfermeiro, chamando a atenção só quando expressarem idéias errôneas ou deixarem de abordar ou abordarem de forma superficial pontos importantes. Ao responder as perguntas é importante que as participantes façam suas respostas com fundamentação.

Comentários que poderão ser feitos após a discussão das perguntas:

A sintomatologia apresentada pela cliente corresponde a um caso típico de depressão maior. A duração do quadro clínico, a presença de choro fácil, seu desinteresse pelo seu lar e os outros sintomas enumerados são de importância para o diagnóstico. Nota-se que alguns sintomas podem faltar, ou podem aparecer outros igualmente importantes (por exemplo, sentimentos de culpa, transtornos do apetite, perda de energia, etc.). As idéias suicidas são freqüentes na depressão e devem ser consideradas, tanto para a identificação dos sintomas como para o manejo da situação.

Módulo 4

Tratamento dos transtornos depressivos

4.1 Apresentação

Você já deve ter sentido que os problemas vividos pelas pessoas são realmente impressionantes e deve ter se perguntado o que se poderia fazer para ajudá-las. Para isso, você enfermeiro, junto com a equipe multidisciplinar precisa ter as ferramentas certas para a tarefa de trabalhar de um modo terapêutico com indivíduos, famílias e grupos da comunidade.

Nos próximos módulos, você conhecerá várias ferramentas que lhe permitem ajudar as pessoas a pensarem sobre sua situação de vida e a mudarem seu comportamento.

4.2 Objetivos

- Apresentar diversas modalidades de tratamento para os transtornos depressivos.
- Identificar as diversas modalidades terapêuticas

4.3 Metas dos tratamentos para a depressão

Os tratamentos adequados buscam diminuir:

- a primeira meta deveria ser a remissão total
- o sofrimento
- a intensidade e duração dos sintomas
- o grau de incapacidade
- o número de recaídas (recrudescimento do quadro clínico de uma doença, estando o indivíduo em convalescença) e recorrências (reaparecimento de sintomas de doença após a remissão dele)
- os custos para o cliente e a para a sociedade

Os episódios depressivos não tratados podem prolongar-se, variando 6 a 24 meses. Um tratamento adequado deve buscar o encurtamento desses episódios

Os sintomas do transtorno depressivo que afetam as pessoas deprimidas são causa de sofrimento, o qual pode ser intenso e prolongado. Um bom tratamento deve diminuir esse sofrimento e encurtar sua duração.

A depressão é uma doença incapacitante em diferentes graus:

- Desde o rendimento menor no estudo, no trabalho e nas atividades domésticas, ou a falta de habilidade nas relações sociais.
- Até a incapacidade total que obriga a pessoa a abandonar as atividades rotineiras, profissionais, acadêmicas ou sociais.
- Também pode produzir o abandono do auto-cuidado, assumir condutas de risco e o consumo de álcool e drogas.
- Um tratamento apropriado deve, diminuir o sentimento de incapacidade, permitindo que a pessoa mantenha-se integrada, assim como deve promover a recuperação do nível de atividade anterior ao episódio depressivo.

Recaídas e recorrências na depressão:

Na depressão, são frequentes as recaídas (reaparição dos sintomas em um tempo curto depois que estes haviam aliviado ou desaparecido) e as recorrências (reaparecimento do quadro depressivo depois de um período definido de recuperação total).

Um bom tratamento deve conseguir que as recaídas e recorrências desapareçam ou que o tempo entre elas seja prolongado.

Conseguindo-se a recuperação em um tempo curto e obtendo-se a reintegração total ou parcial a suas atividades, através de tratamento adequado **diminui-se os custos para o cliente e para a sociedade.**

A identificação oportuna e o tratamento correto diminuem a frequência e o tempo de dependência dos serviços de saúde, reduzindo a necessidade de consultas e intervenções.

4.4 Passos do tratamento dos transtornos depressivos

- estabelecer o diagnóstico
- iniciar a intervenção
- monitorar a resposta clínica
- monitorar os efeitos secundários
- reavaliar os sintomas
- reavaliar o funcionamento psicossocial
- ajustar o tratamento
- afastar possível quadro orgânico como hipotireoidismo

O primeiro passo de um tratamento para a depressão - é o estabelecimento do diagnóstico, baseando-se na história clínica, nos sinais e sintomas que o cliente apresenta e na evolução dos fatores de risco.

O planejamento da intervenção terapêutica deve se dar baseando-se nas condições do cliente, nas características clínicas, na gravidade do quadro, na presença de fatores psicossociais favoráveis ou agravantes e nos recursos disponíveis.

O início da intervenção deve ser feito o quanto antes, logo que o cliente e/ou seu representante legal tenha sido informado detalhadamente da natureza, risco e vantagens das intervenções e tenha dado seu consentimento.

O monitoramento ou a vigilância da eficácia da resposta clínica é um passo importante do tratamento, pois permite acompanhar a evolução, verificar a eficácia do tratamento e tomar as decisões para sua continuação, modificação ou substituição.

O monitoramento dos efeitos secundários é crucial para detectar sua presença e gravidade e para tomar medidas para combatê-los. Em certas situações, os efeitos secundários levam à decisão de substituição de tratamento.

A evolução do funcionamento psicossocial mede os progressos nas relações de vida do cliente. Juntamente com a evolução da sintomatologia é um indicador da eficácia da atenção e do grau de readaptação que o cliente vai conquistando.

4.5 Fases e objetivos do tratamento dos transtornos depressivos

Aguda

- Reduzir e, se possível, eliminar os sintomas e as crises, prevenindo ao mesmo tempo, os riscos de suicídio
- Informar acerca da doença
- Prevenir o suicídio

Continuação (6 meses a 1 ano)

- Prevenir as recaídas
- Estabilizar o estado de ânimo
- Reintegrar o cliente em suas atividades habituais.

Manutenção ou preventiva (após 6 meses/1 ano)

- Prevenir as recorrências
- Promover ajustes/adaptações no estilo de vida
- Continuar as intervenções terapêuticas, quando houver indicação
- Reduzir as possibilidades de recaída e recorrências
- Oferecer informações acerca da doença, de seu curso e do tratamento que está realizando.

Na fase aguda - Consideram-se **todas as opções terapêuticas** disponíveis (farmacológicas, psicoterapêuticas, sociais, etc.) e se instituem os tratamentos de acordo com as condições da pessoa afetada. Geralmente, na depressão grave, utilizam-se **psicofármacos ou terapia eletroconvulsiva** (em serviços especializados) e, sempre que possível psicoterapias ou combinações dos diferentes métodos. Habitualmente, a sintomatologia é atenuada ou desaparece dentro de algumas semanas, devendo haver mudanças no plano terapêutico caso não se observe melhoras.

Fase de continuação - Uma vez superada a fase aguda e os sintomas tenham desaparecido ou sejam atenuados, pode vir um período (a fase de continuação) em que a interrupção do tratamento pode provocar recaídas. Os objetivos do tratamento desta fase são prevenir as recaídas e estabilizar o estado de ânimo, através do estabelecimento de um tratamento de continuação/acompanhamento por um período de pelo menos 16 a 20 semanas. Se o cliente continua o tratamento pode ser interrompido, porém mantendo-se uma estreita vigilância a fim de detectar em tempo sintomas de recaída.

Fase de manutenção ou preventiva - Durante a fase de manutenção, apesar do êxito dos tratamentos, é bastante **freqüente a presença de recorrências**, isto é, um novo episódio depois de ter voltado ao estado de ânimo normal. A referência de 3 ou mais episódios de depressão maior indica a probabilidade de 90% de haver novo episódio. O tratamento de manutenção tem por finalidade **prevenir o aparecimento de recorrências**. A OMS recomenda considerar o estabelecimento de um regime de manutenção de tratamento dos clientes que haviam tido dois ou mais episódios depressivos nos últimos cinco anos. Habitualmente, o tratamento de manutenção é do tipo farmacológico.

Na prática, esta divisão tem importância relativa, visto que a droga com a qual o cliente melhorou deve ser prescrita nas fases subsequentes do tratamento. As doses de continuação devem ser as mesmas ou próximas às doses terapêuticas. Em idosos, a continuação pode ser de até dois anos após a melhora. Observou-se uma taxa de recaída de até 50% se o tratamento é inadequado, ou nenhum tratamento após resposta inicial é observado (SOUZA, 1999).

Algumas **condutas** são recomendadas e devem ser **adotadas na terapia de ajuda**:

- O tratamento adequado da depressão requer não somente a **melhora dos sintomas** observados na fase aguda, mas também a **observação de sintomas** que não retornam no período de manutenção (recaída), enquanto a pessoa permanece vulnerável.
- Eliminar as **causas contribuintes** – causas ambientais, agentes físicos, outras drogas capazes de causar a depressão, excesso de cafeína, etc.
- Adequação da dosagem de **antidepressivo aos níveis terapêuticos**, considerando a resposta e a tolerância do cliente.
- **Doses adequadas por períodos adequados de tempo**: quatro semanas ou mais são necessárias para um efeito ótimo; mesmo

4.6 Tipos de tratamento

Psicoterapias - Farmacoterapias – Terapia Eletroconvulsiva (ECT) – Coadjuvantes

Existem diferentes psicoterapias que podem ser úteis no tratamento da depressão.

A **farmacoterapia** consiste no uso de medicamentos antidepressivos que atuam sobre os neurotransmissores do sistema nervoso central, modificando o estado de ânimo e provocando o desaparecimento ou a diminuição dos sintomas. A terapia farmacológica não deve ser vista como uma solução rápida ou como uma pílula milagrosa. A terapia farmacológica atua nos sintomas da doença mental com algum sucesso, mas essas drogas não tratam as respostas pessoais, sociais ou ambientais do cliente. Além disso, os efeitos colaterais e as reações adversas da terapia farmacológica acrescentam preocupação e a necessidade de conhecimento profundo e bom-senso nos cuidados de enfermagem.

A **terapia eletroconvulsiva (ECT)** consiste na aplicação, sob anestesia e relaxantes musculares, de uma série de estímulos elétricos mediante eletrodos colocados na cabeça, bilateral ou unilateralmente. A aplicação do ECT foi freqüente no passado. **Atualmente** não é considerado um tratamento de primeira escolha da depressão, reservando-se o seu uso para casos especiais, como são os casos de depressões graves resistentes a farmacoterapia combinada, ou em gestantes. São necessárias 12 sessões. Em todo caso, deve obter-se o consentimento informado do cliente ou de seu representante, em casos de incapacidade completa.

As medidas coadjuvantes como as modificações ambientais, os programas educativos e o fortalecimento da rede de apoio produzem efeitos benéficos e reforçam efetivamente as intervenções somáticas e psicológicas.

A estrutura teórica sugerida aqui é de **integração entre os diversos tipos de tratamentos**.

Os tratamentos podem ser aplicados só ou em combinação, de acordo com a **sintomatologia** apresentada e das **diferentes opções terapêuticas**, a critério da equipe multiprofissional e das condições do cliente (idade, outras condições associadas, possibilidade periódica de atendimento no serviço de saúde).

A **enfermeira** deve conduzir a pessoa pelas **diversas possibilidades de tratamentos** incorporando suas ações em um plano individualizado e efetivo de cuidados terapêuticos.

Referências Bibliográficas

FRISCH, N.C.; FRISCH, L.E. Psychiatric mental health nursing. The client experiencing depression. In: _____. *Understanding the client as well as the condition*. USA Delmar Publishers, 1998.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B.J.; GREBB, J.A. Transtornos do Humor. In: _____. *Compêndio de psiquiatria: Ciências do comportamento em psiquiatria clínica*. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

OPAS/OMS. Programa de Salud Mental. División de Promoción de Salud *Modelo para la capacitación de la enfermera general en al identificación y manejo de los transtornos afectivos*. Generalista, 1999.

STUART, G.W.; LARAIA, M.T. *Enfermagem Psiquiátrica: princípios e pratica*. 6 ed. Porto Alegre: Artema, 2001.

TAYLOR, C. M. Grupo: teoria e intervenção. In: *Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TOWNSEND, M. C. Psicofarmacologia. In: *Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados*. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

Atividade do módulo 4 – Exercícios de Fixação

Responda as questões abaixo no fórum de discussão

1. Quais são as metas do tratamento para a depressão?
2. Quais as principais modalidades de tratamento para os transtornos depressivos?
3. Escreva sobre a recaída e a recorrência nos transtornos depressivos

Módulo 5

Vamos falar das Psicoterapias?

5.1 Apresentação

Neste módulo você conhecerá uma das ferramentas de tratamento para os transtornos depressivos: as psicoterapias. Não pense que essas estratégias envolvem somente os clientes com doenças psiquiátricas, pois sabemos que muitas pessoas usam medicamentos psicotrópicos, e os enfermeiros trabalham com essas pessoas que enfrentam questões de controle, agressão e violência em todos os serviços de saúde. As psicoterapias são estratégias para a mudança dos padrões negativos de pensamento e do comportamento problemático e podem aplicar-se a crianças, adultos e idosos em suas experiências com o continuum saúde-doença.

5.2 Objetivos

- Identificar as diversas técnicas psicoterápicas.
- Conhecer as principais características de cada uma das modalidades de tratamentos psicoterápicos.
- Descrever a implementação das principais modalidades de tratamentos psicoterápicos.

5.3 Psicoterapias/Terapia psicossocial

Freqüentemente, a **psicoterapia é chamada apenas de terapia**. É um tratamento para a doença depressiva, quer isoladamente, quer aliada a medicamentos. É um encontro do terapeuta com o indivíduo sozinho ou em grupos.

Também é citada como terapia psicossocial pois procura satisfazer as necessidades psíquicas e sociais do indivíduo, ajudando-o a compreender melhor suas reações e seus relacionamentos, a enfrentar os próprios problemas e a adaptar-se a sua situação social (família, emprego, comunidade).

A **terapia psicossocial** inclui:

- ❖ terapia psíquica ou psicoterapia (**psicanálise, psicoterapia de grupo, cognitivo-comportamental, interpessoal**);
- ❖ terapia social (**terapia ocupacional, recreação, ambiente, grupos operativos, terapia de família, acompanhamento terapêutico**).

- **As psicoterapias** são o principal instrumento na comunicação entre o cliente e o profissional.
- Esta **comunicação tem características técnicas** que o profissional de saúde precisa dominar, depois de se capacitar.
- **O enfermeiro** é um dos elementos da equipe multiprofissional de saúde que tem **papel importante** na implementação das

Com frequência o **enfermeiro não administra psicoterapias**. Entretanto, **desenvolvem interações de efeito psicoterapêutico**, estabelecendo com o cliente vínculos de apoio e empatia (apóia, orienta, avalia) nas 24 horas de trabalho. O enfermeiro pode ajudar o cliente a compreender seu processo terapêutico, estimula e reforça seu cumprimento.

O enfermeiro, no papel de profissional de referência exerce as funções de psicoterapeuta assim como todos os demais profissionais da equipe.

Foi identificado que **a maioria de um grupo de enfermeiros** da rede básica de saúde **desconhece** que o enfermeiro pode exercer o seu **papel terapêutico** através de alguns tipos de psicoterapias.

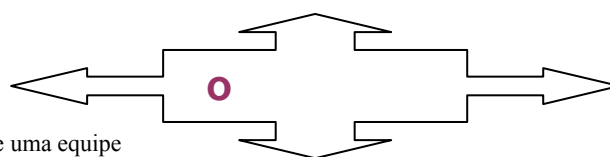
O exercício profissional do enfermeiro, independente do serviço de saúde em que atua, **requer conhecimentos sobre técnicas terapêuticas** para se estabelecer um relacionamento interpessoal terapêutico, ou seja, para ajudar o cliente em seus conflitos.

Alguns tipos de psicoterapias podem ser utilizados **pelo enfermeiro** com o devido preparo:

- cognitivo
- interpessoal
- de grupo
- centrada no cliente

O tipo de psicoterapia a ser escolhida **depende**:

- da gravidade dos sintomas do cliente
- da linha de formação do profissional
- do trabalho desenvolvido pela equipe do serviço



É importante ressaltar que deve ser **o centro de atenção** de uma equipe multiprofissional para que tenha suas necessidades psicossociais atendidas de forma eficiente.

As questões que envolvem diretamente a equipe de enfermagem, como o ambiente e o relacionamento interpessoal serão exploradas posteriormente no módulo relativo aos cuidados de enfermagem.

5.4 Objetivos das psicoterapias

- Melhorar os sintomas
- Recuperar o funcionamento psicossocial
- Reintegrar a pessoa a suas atividades cotidianas
- Corrigir ou contrapor fatores de risco
- Estimular o tratamento medicamentoso
- Resolver conflitos do cliente
- Prevenir recaídas e suicídio
- Estimular o reconhecimento de mecanismos de defesa
- Estimular melhor o conhecimento do funcionamento do indivíduo

Os objetivos das psicoterapias são iguais aos de outros tratamentos da depressão, ou seja, **ajudar** o indivíduo a buscar a cura, **evitar** as recaídas, e a ter **maior** consciência da sua situação, a ter uma **participação ativa** neste processo.

Isso pressupõe a **remissão** dos sintomas e a **recuperação** do funcionamento psicossocial de modo que a pessoa seja **capaz** de ter uma vida familiar e social ativa, estudando, trabalhando e realizando **atividades** que desempenhava antes ou procurando novas formas de participação social.

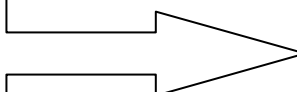
As psicoterapias podem servir para **corrigir ou contrapor** alguns fatores de risco, ajudando na resolução de conflitos individuais e familiares (ex. violência doméstica) e dissipando sentimentos de baixa auto-estima.

Os clientes apresentam numerosos **conflitos em relação à sua doença, a sua vida familiar e suas atividades profissionais**. A psicoterapia pode contribuir para **minimizar estes problemas**. O prolongamento da psicoterapia, como tratamento de manutenção, pode, em alguns casos, **prevenir as recaídas e o risco de suicídio**, porém deve ser estimulada a independência o que fortalece o indivíduo e diminui custos.

5.5 Tipos de psicoterapias

Existem muitos tipos de psicoterapias. Entre as que são consideradas úteis no tratamento da doença depressiva estão a terapia cognitiva, a interpessoal, a psicanálise/psicodinâmica e a comportamental. De acordo com a situação pessoal, também recomenda-se a terapia familiar, a de casais ou uma combinação de modalidades terapêuticas.

Cognitivo - Comportamental
Interpessoal
de grupo
Psicanálise/Psicodinâmica
Familiar
Terapia de casais



5.5.1 Terapia Cognitivo – Comportamental (TCC)

A abordagem desta psicoterapia é encontrada de duas formas na literatura.

Cognição é a capacidade de adquirir conhecimento e modificar comportamentos.

As terapias cognitivo e comportamental (TCC) englobam:

- grande número de estratégias;
- intervenções e técnicas terapêuticas.

Constitui-se de técnicas que, apesar de distintas, são utilizadas de **forma integrada**. Também são tratadas **separadamente por terapia cognitiva e terapia comportamental**

<p>A terapia cognitiva baseia-se no princípio de que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • as idéias ou pensamentos são controladores da nossa vida emocional, ou seja, alterações no pensamento e no sistema de crenças do indivíduo podem ocasionar mudanças emocionais ou comportamentais; • ajuda o cliente a reconhecer seus pensamentos automáticos negativos (denominados erros cognitivos) para modificar padrões de pensamento disfuncionais; • propõe que não são os eventos em si, mas as expectativas das pessoas e interpretações dos eventos que causam ansiedade e respostas desadaptadas e que essas podem ser alteradas abordando-se diretamente os pensamentos do indivíduo. 	<p>A terapia comportamental pressupõe-se que:</p> <ul style="list-style-type: none"> • o comportamento problemático (inadequado para a idade, quando interfere no funcionamento adaptativo ou quando é incompreendido por outros, em termos de inadequação cultural); • ocorre quando o aprendizado foi insuficiente, podendo, portanto ser corrigido pela provisão de experiências de aprendizado apropriadas.
--	---

Sendo assim, parece que **ambas se complementam**, pois tem como **objetivo comum**: mudança de comportamento do indivíduo. Porém, **cada uma utiliza-se técnicas específicas**; muitas dessas estão ao alcance da prática de enfermagem.

Nesse sentido, as intervenções de enfermagem que incluem **terapias cognitivas ou comportamentais** têm muito a contribuir para a prática profissional.

A grande **vantagem** destas terapias é que podem ser administrada por **diversos profissionais**, incluindo **enfermeiros**, psicólogos e médicos. Daí, a importância de serem trabalhadas durante a formação e na educação continuada.

De modo geral, os tratamentos **cognitivos e comportamentais** incluem **técnicas** que visam os seguintes **objetivos**:

<p>OBJETIVOS DAS TÉCNICAS COGNITIVAS E COMPORTAMENTAIS Ajudam na identificação e correção de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pensamentos negativos - Baixa auto-estima - Distorções de mensagens recebidas - Pressuposições errôneas <p>Ajudam na prevenção de recaídas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Promovendo estilos de vida positivos - Aumentam a atividade - reduzir o comportamento indesejado - aumentam o prazer nas atividades <p>Análise de fortalezas e habilidades</p> <ul style="list-style-type: none"> - melhoram as habilidades sociais

Os equívocos mais frequentes que envolvem as terapias cognitivas e comportamentais são o de que a terapia controlaria o cliente. Outra crítica é o de que os fatores do relacionamento seriam esquecidos no processo deste tipo de tratamento.

Atualmente, são **utilizadas** em um grande número de transtornos mentais, mas principalmente **na depressão e na ansiedade**.

Podem ser usadas em associação com a farmacoterapia: nos distúrbios do pânico, distúrbios de ansiedade generalizada, fobia social, distúrbio obsessivo compulsivo, distúrbio de estresse pós-traumático, distúrbios da alimentação, dependência química, distúrbios de personalidade, esquizofrenia, distúrbio bipolar, hipocondria, problemas de casais, e distúrbio somatoforme.

São **úteis no trabalho** com crianças, adolescentes, adultos, idosos e famílias.

Podem ser aplicadas **individualmente ou em grupo**. São eficazes nas duas modalidades, porém **em grupo**, a melhora é obtida com menor tempo do terapeuta, ou seja, o tempo gasto comparado com outras terapias é pequeno.

Uma parte grande do tratamento é desenvolvida pela **própria pessoa** entre as **consultas**. A auto-aplicação das técnicas orientadas pelos profissionais de saúde consiste em elemento central para a manutenção de ganhos em longo prazo.

As terapias cognitivas e comportamentais são usadas como **tratamento exclusivo** ou **em combinação** com psicofármacos.

A **duração do tratamento** pode ser **breve ou prolongada**, que depende dos objetivos, a remissão dos sintomas ou que a pessoa consiga modificar seus esquemas cognitivos, durando de **12 a 16 semanas**.

Sob a perspectiva do **enfoque cognitivo**, as informações recebidas ao longo do desenvolvimento são categorizadas, armazenadas e integradas com o conhecimento preexistente.

Cognições são representações desse conhecimento. Durante o processo depressivo, o indivíduo desenvolve **cognições (representações)** distorcidas, crenças pessimistas, atribuições negativas e atitudes de desadaptação.

Na depressão, a **vulnerabilidade do indivíduo deprimido ocorre devido à crença de que uma evolução favorável dos acontecimentos é pouco provável** enquanto que uma evolução desfavorável é muito provável e não existe ajuda para modificar essa probabilidade; esses indivíduos passam a distorcer as informações dos profissionais de saúde, podendo percebê-la de modo catastrófico, com a atenção voltada apenas aos aspectos negativos da evolução da doença.

Desse modo, o **enfoque cognitivo** envolve a utilização de estratégias cognitivas e comportamentais para lidar com os conhecimentos e as atitudes depressivas, ou seja, o **trabalho terapêutico é o de mudar o significado e alterar atitudes negativas em relação à doença**.

Os três grupos principais de estratégias no tratamento cognitivo são:

- aspectos didáticos ou educacionais de redução da ansiedade
- técnicas cognitivas ou reestruturação cognitiva
- intervenções comportamentais ou aprendizagem de novo comportamento

As técnicas comportamentais mais utilizadas incluem:

- formação
- modelagem
- princípio de Premack
- extinção
- contratos de contingência

- economia virtual
- remoção
- inibição recíproca
- sensibilização franca e velada
- dessensibilização sistemática e inundação

Principais características das terapia cognitivas e comportamentais:

centrada no cliente
alto grau de mutualidade no
processo de tratamento

Além disso, a **terapia cognitivas e comportamentais** dá ênfase ao **processo objetivo de avaliação**:

- ❖ usam **ferramentas padronizadas de medição**
- ❖ baseiam-se em **estratégias de tratamento** em evidências de **pesquisas**
- ❖ valorizam a **avaliação constante** do progresso do cliente

Evidenciam
semelhanças
destas terapias
com as etapas do
processo de
enfermagem –
ambas as
abordagens
são cliente e
ressaltam
fortemente a

As estratégias de tratamento podem ser usadas:

- isoladamente
- em combinação
- exigem habilidades práticas
- esforços do enfermeiro e do cliente.

O tratamento se dá nas etapas:

- Avaliação
- identificação dos problemas e objetivos
- sessões de tratamento
- estratégias cognitivo – comportamentais
- término.

A primeira etapa (avaliação):

- consiste na **identificação** do comportamento funcional, os eventos que antecedem, as conseqüências, outras condições que podem afetar ou influenciar o indivíduo;

- tem como **objetivo** a coleta de informações detalhadas para o planejamento terapêutico e o estabelecimento de vínculos de confiança entre profissional e cliente;
- **avaliam-se** ações, pensamentos e sentimentos do cliente (situações particulares) e **não** os traços de personalidade;
- **inclui** a coleta de informações, a identificação de problemas a partir de dados, a definição e a decisão de como medir o comportamento-problema e a identificação de variáveis ambientais;
- A formação de **conclusões** sobre os problemas psicossociais deve usar a abordagem científica e não usar apenas inferências; a avaliação cognitivo- comportamental baseia-se na validação e em evidências obtidas da observação, da entrevista e da mensuração.
- **É importante que o problema seja esclarecido da melhor forma possível.** Os problemas a serem tratados e os respectivos objetivos devem ser formulados claramente baseados em um diário feito pelo cliente. As sessões são planejadas com o cliente através de uma agenda dos problemas (também são incluídos resumos dos acontecimentos desde a última consulta, revisão e elaboração de tarefas de casa referentes às atividades executadas pelo cliente).
- **Ao final de cada sessão,** o cliente é convidado a expor o que foi aprendido e a utilidade desse aprendizado para futuras situações.

Para cada problema deve-se sempre aplicar uma estratégia cognitivo – comportamental.

Na etapa de avaliação cognitivo-comportamental recomenda-se que o enfermeiro:

Inicialmente devem ser abordadas as seguintes questões relacionadas ao problema:

- **qual é? onde ocorre? quando? quem ou o que faz que ocorra? qual é a consequência temida? Pode-se então avaliar a frequência, a intensidade e a duração do problema.**

A próxima etapa é investigar e conhecer **mais sobre** a experiência do problema do cliente, **através da análise comportamental:**

- antecedentes (**o estímulo ou a sugestão que ocorre antes do comportamento que leva à sua ocorrência**), pode incluir o ambiente físico, o ambiente social ou o comportamento, os sentimentos ou os pensamentos da pessoa;
- os comportamentos (**o que a pessoa diz ou deixa de dizer ou fazer**) **podem ser divididos em** ações distintas ou séries de etapas; **as consequências podem ser vistas como recompensas ou punições poderosas às ações do indivíduo, que tipo de efeito (positivo, negativo ou neutro) a pessoa acha que o comportamento apresenta.** Portanto, são considerados como elementos críticos da avaliação.

Também se pode-avaliar essas experiências considerando:

- os três sistemas inter-relacionados na explicação do comportamento humano **porque os sentimentos influenciam o pensamento, o pensamento influencia as ações e estas influenciam os sentimentos;**
- **segue a seguinte estrutura de tratamento:** afetivo (respostas emocionais ou sentimentos), comportamental (manifestações externas e ações) e cognitivo (pensamentos sobre a situação).

Há ainda um **outro aspecto** no processo de avaliação a ser observado:

- se o problema é identificado por um comportamento observável e se é atual e previsível.
- Pode utilizar também as mensurações específicas (escalas padronizadas de avaliação) ao caso como método para medir a

Algumas estratégias de tratamento podem ser utilizadas pelo enfermeiro:

Utilizar o **treino do relaxamento** como **ferramenta terapêutica** envolve:

o cliente deve estar sentado em uma cadeira confortável

respiração rítmica: redução da tensão muscular: estado alterado da consciência

- música suave ou estímulos visuais agradáveis podem estar presentes
- antes de começar os exercícios, instruir a contrair o grupo muscular na seqüência (mãos, bíceps e tríceps, ombros, pescoço, boca, olhos, respiração, costas, nádegas, coxas, abdômen, panturrilhas e pés e dedos dos pés) mencionada por cerca de 10 segundos, descrevendo como essa parte do corpo está tensa e desconfortável
- em seguida pede que relaxe e comenta que a tensão está diminuindo e os músculos estão, agora calmos, macios e quentes
- deve-se explicar que a tensão muscular está relacionada à ansiedade, ou seja, fazer com que os músculos tensos relaxem reduzirá a ansiedade
- deve-se começar inspirando e expirando lenta e profundamente, realizando essa seqüência para cada grupo muscular
- o exercício final deve ser de completo relaxamento, começando pelos dedos dos pés até os olhos e a testa
- A meditação também pode ser utilizada para evocar a resposta de relaxamento que inclui **componentes básicos** para qualquer **relaxamento:** ambiente tranquilo, uma atitude passiva, uma posição confortável, uma palavra ou cena para concentrar a atenção. Instruir o cliente a fechar os olhos, relaxar cada um dos grupos musculares e começar a repetir a palavra silenciosamente, a cada expiração.

5.5.2 Psicoterapia interpessoal

A **psicoterapia interpessoal concentra** suas ações na **modificação das condições psicossociais** que incidem sobre o indivíduo e que tem **atuado** como precipitantes do quadro depressivo:

A aprendizagem da terapia interpessoal é um processo relativamente simples e a sua eficácia esta amplamente demonstrada. Este tem sido um procedimento de escolha pelos terapeutas.

- É breve e focal; tem duração média de dezesseis sessões ao longo de quatro meses e dura em média 45 a 60 minutos. A terapia é centrada em uma ou duas áreas problemáticas.
- Ressalta a importância da perda ou debilitação das habilidades sociais geradas pelo quadro depressivo.
- Suas ações educativas se dirigem principalmente à promoção do conhecimento da doença e seu manejo, a análise e reconhecimento de problemas psicossociais e situações de perda, na elaboração dos sentimentos que esta suscitam e na recuperação das habilidades sociais perdidas.
- A presença de relacionamentos próximos e satisfatórios auxilia na prevenção da depressão; no entanto, a ruptura ou a privação destes favorece o aparecimento da mesma. Indivíduos deprimidos têm menos apoio, amigos e interações prazerosas com outros. Isolamento social e conflitos conjugais antecedem a depressão com alta frequência.
- Pode ser benéfica na prevenção de recaídas na fase de manutenção do tratamento.

Furegato (1999) propõe o ensino do conhecimento sobre as relações interpessoais enfermeiro-cliente buscando colocar o cliente no centro da atenção da enfermagem.

Os estudos de Peplau e Travelbee foram as primeiras bases teóricas da enfermagem a respeito da humanização nas relações interpessoais.

Muito se ouviu e se ouve falar do **apoio psicológico** ou ter **atitudes compreensivas** com o cliente sem que se defina claramente no que se constitui essa atitude. Optou-se por utilizar o termo **relação de ajuda**, e relações terapêuticas para as ações terapêuticas ou de ajuda ao cliente.

O enfermeiro geralmente não tem claro o que seja “dar apoio psicológico”.

A **relação de ajuda** ocorre quando:

- duas pessoas **interagem e comunicam-se** por meio de um **diálogo**;
- o tema é o problema e a solução do mesmo;
- sugere-se o uso da orientação não diretiva na relação de ajuda, onde a atenção deve ser focalizada sobre a própria pessoa e não sobre o problema da pessoa.
- trata-se de um **diálogo diferente das conversas comuns**, pois existe um **objetivo** a ser alcançado e as pessoas envolvidas têm **papéis diferentes**: um busca ajuda e o outro presta essa ajuda.
- diz-se que a relação de ajuda é um **diálogo estruturado**, deve-se **estabelecer** local, hora, métodos específicos, etc. Costuma-se denominá-la com o nome de entrevista;
- utiliza-se o termo **aconselhamento**, para entrevistas acidentais e superficiais e **psicoterapia**, para contatos mais intensivos e com duração mais prolongada.

Os **objetivos da terapia interpessoal** são:

- **Ajuda na redução dos sintomas depressivos**, ajudando o cliente a entender que o que está experimentando é parte de uma síndrome depressiva, e que o tratamento poderá ser bem-sucedido.
- **Ajuda a esclarecer e resolver dificuldades interpessoais**
perdas, transições, disputas, mudanças de papel ou função, isolamento social, dor
- **Ajuda a promover**
Formação de rede de apoio social
Adaptação a novos ambientes
Educação acerca da doença
Recuperação das destrezas perdidas
- **Ajuda a prevenir as recaídas**

5.5.3 Psicoterapias em grupo

O enfermeiro participa de situações de grupo, diariamente, desenvolvidos em uma variedade de contextos, incluindo:

- unidades de internação, semi-internações, clínicas
- unidades básicas de saúde ou unidade de saúde da família
- ambulatórios, centros de atenção psicossocial
- escolas
- empresas

O **trabalho de grupo** permite atingir um maior número de pessoas num dado momento, que se ajudam uns aos outros, trazendo e compartilhando seus sentimentos, opiniões, idéias e comportamentos. Os clientes aprendem num contexto de grupo.

O **grau de preparação do líder** é que diferencia a terapia de grupo do grupo terapêutico. O foco da psicoterapia de grupo tem maior base teórica que nos grupos terapêuticos

O coordenador deve estar **informado** sobre as características do grupo e do comportamento, dos seus participantes. Cada vez mais são usados como modalidade de tratamento para uma grande variedade de clientes.

Liderar grupos terapêuticos (como os de instrução de clientes, treinamento de assertividade, de apoio, de pais e de transição a grupos de alta) está dentro do campo de prática de enfermagem.

Para que a **capacidade do líder** funcione efetivamente, ele precisa ser capaz de reconhecer diversos processos que ocorrem nos grupos:

- fases do desenvolvimento dos grupos
- papéis que as pessoas desempenham nas situações de vida
- motivação subjacente ao comportamento
- o estilo de liderança mais apropriado para o tipo de grupo que está sendo conduzido

Os **enfermeiros** podem desenvolver **habilidades** para coordenação de grupos nos curso de graduação e em cursos de atualização. O que parece caracterizar o limite do conhecimento é a questão da formação acadêmica do enfermeiro que é mais voltada ao ensino clínico.

O trabalho em grupo é uma **habilidade** importante para todo enfermeiro, independente da sua área de atuação.

Existe uma condição para que o aprendizado do grupo seja atingido é de que é preciso interesse e comprometimento da pessoa com essa atividade.

Alguns itens devem ser **considerados** nos grupos terapêuticos:

- Tamanho do grupo (um grupo deve ter de 6 a 12 pessoas), pode ser maior se for de psicoeducação.
- Características dos encontros (lugar definido, frequência e horário das reuniões); essas decisões devem sempre ser tomadas em grupo.
- Alguns psicoterapeutas sugerem um **grupo equilibrado** (apenas indivíduos da mesma idade, sexo e diagnóstico); outros não acreditam que um **grupo equilibrado** seja essencial para a boa interação entre seus membros; chamamos de homogêneos ou não.
- **Diferentes níveis de habilidade** para comunicação podem influenciar na eficácia da comunicação, pois a terapia de grupo depende destas habilidades;
- O grupo terapêutico deve ter um **objetivo específico** (ajudar os indivíduos a alterarem seus padrões comportamentais e desenvolverem modos novos e mais eficazes de lidar com os estresses da vida diária) podendo não ter objetivo específico.
- O **líder do grupo** tem **papel** fundamental para eficácia do grupo (envolver membros menos falantes redirecionando as perguntas a eles, ou pedindo que opinem sobre a situação, oferecer informações importantes para a resolução de uma questão, ajudar a aprender o que os outros pensam sobre seu comportamento ou respostas, ajudar a explorar situações que trazem para o grupo a partir de suas vidas externas, levá-los a pensar e testar modos mais apropriados de resposta).
- O **senso de confiança** precisa ser desenvolvido entre o **líder e os membros do grupo**. É preciso que aprendam a conhecer e a confiar uns nos outros; **O comportamento do líder** é o **modelo** para os demais membros, que passam a agir conforme sugerido. **O líder** é confrontado por vários **problemas comuns no funcionamento do grupo**, tais como silêncio, comportamento monopolizador, atrasos e atuação agressiva. Elas exigem a habilidade do líder para a efetividade da sessão.

Alguns tipos de grupo utilizados na **terapia de grupo**:

- **Grupos de socialização**: reunião de várias pessoas para grupo realizarem uma atividade durante algumas sessões.
- **Psicodrama** - técnica terapêutica desenvolvida em grupo. O líder identifica a situação de conflito e convida a platéia a vir ao palco e encenar determinado problema de relacionamento humano, analisando a seguir.
- A **análise transacional** teoriza que cada pessoa tem três elementos de sua personalidade em operação – o imaturo, o moralista e o maduro. Os problemas surgem quando existe incongruência entre estes elementos. É mais efetiva em terapia familiar.
- A **terapia de Gestalt** é ao mesmo tempo filosofia e técnica de intervenção (individual ou de grupo). Acredita que os problemas das pessoas perda de contato com seus sentimentos físicos e emocionais e provavelmente tem a capacidade de expressá-los diminuída. Consiste em ajudar o indivíduo a aumentar a consciência sensorial sobre seu estado atual.

Os seres humanos passam a **maior parte do tempo** em situações de **grupo** e, apesar disso, **poucos** estão conscientes ou conhecem o funcionamento de um grupo. Sendo assim, **o enfermeiro não pode estar desinformado** sobre o **desenvolvimento dos grupos**, já que são cada vez mais utilizados como uma modalidade de tratamento.

5.5.4 Psicodinâmica / Psicanálise

Freud desenvolveu a **forma mais antiga da terapia psicodinâmica**, chamada psicanálise. A teoria psicodinâmica/psicanálise estuda a psicologia do desenvolvimento e do comportamento humano tendo por base que:

- Experiências passadas e os desejos e temores inconscientes da pessoa exercem poderoso efeito sobre suas emoções e seu comportamento. Muitas doenças mentais podem ser tratadas num processo de compreensão do funcionamento da mente e das emoções.
- O tratamento consiste em ajudar os indivíduos a perceberem a existência de conflitos emocionais analisando sua origem, trazendo ao nível consciente para alterá-los através do processo analítico, ajudar os pacientes a entrarem em contato com estas emoções de modo mais cuidadoso.
- Aborda a importância do autoconhecimento (crenças e sentimentos) promovendo extenso e profundo auto-exame.
- Parte da premissa que o comportamento atual do adulto teve origem nas emoções e experiências reprimidas na primeira infância para ajudar os outros, o terapeuta deve ter uma profunda compreensão sobre os próprios sentimentos de modo a não interferir, no desenvolvimento do cliente.
- É um **método intensivo** requer **mais tempo** (três ou mais sessões por semana durante um período que vai de 3 a 5 anos). Em vez de simplesmente **aliviar os sintomas**, tenta examinar completamente todos os aspectos da personalidade e **efetuar mudanças significativas na personalidade e no comportamento**.
- O **terapeuta (psicanalista)** permanece neutro, não oferece soluções para os problemas cotidianos.
- Poderão ser utilizadas **várias técnicas** para **trazer** à tona conflitos reprimidos: **pedir** ao cliente que relaxe e fale qualquer coisa que venha à sua cabeça, o que pode fornecer um vislumbre do funcionamento inconsciente da mente; ajudá-lo a explorar seus sonhos, que são vistos como produto da mente inconsciente; pedir que descreva sua vida, especialmente as memórias da infância e estimular a pessoa a analisar suas reações emocionais diante dele, as quais podem imitar suas reações a outras pessoas.
- O processo de **examinar** emoções **dolorosas e ocultas** pode deixar a pessoa **ansiosa e angustiada** e ao mesmo tempo faz parte deste processo.

A terapia psicodinâmica possui **desvantagens**:

- É **dispendiosa** e pode durar **vários anos**;
- Para poder **extrair o máximo** benefício dessa terapia, é preciso ser capaz de **conversar e formar** relacionamentos com outras pessoas, além de se **mostrar** suficientemente motivado para **aplicar** os *insights* terapêuticos ao restante da sua vida.

5.5.5 Terapia familiar

Tem o objetivo de tratar o grupo, família e não apenas nos informando.

As **famílias** podem representar uma **grande fonte de energia** para a pessoa deprimida, desde que compreendam a doença e participem do tratamento. A terapia familiar procura **informar os familiares** sobre a **doença**, mostra-lhes como podem **ajudar** no tratamento e dão o suporte para suas dificuldades.

Neste tipo de terapia:

- A **pessoa** deprimida e **seus familiares** têm cerca de cinco a dez sessões com um terapeuta. É um curto período de tempo pré programado.
- Poderá ser discutido o modo pelo qual a doença **mudou as idéias** dos familiares a respeito do cliente e também sobre o **papel** dos membros da família.
- Deve proporcionar à família a **compreensão dos sintomas da doença**, bem como, a **possibilidade de ela voltar**, os respectivos **sinais de um novo episódio** e a examinar **opções de tratamento** e ou recursos de ajuda.
- Discute as chances de outros **familiares ficarem doentes**, visto que a **hereditariedade** parece ser um dos **fatores de risco** para a depressão.

Algumas pessoas que sofrem de depressão grave apresentam **menor** probabilidade de ter uma **recaída** se recebem uma **combinação de medicamentos, psicoterapia individual e terapia familiar**. Para as pessoas com depressão bipolar a terapia familiar ajuda a manter a doença sob controle.

5.5.6 Terapia de casais

A terapia de casais têm as seguintes características:

- Procura **aliviar a tensão** que a doença gera entre os cônjuges. Comumente, o companheiro **leva para o lado pessoal os sintomas da depressão** (a falta de desejo sexual, afastamento das outras pessoas, ou a falta de interesse pela vida). Se o indivíduo sofre de mania ou hipomania, pode ter comportamento impulsivo que pode magoar a outra pessoa.
- Este tipo de terapia se concentra em ajudar o casal a discutir e resolver esses problemas de uma maneira saudável.
- A melhora da vida em família pode ajudar no tratamento individual.

- As pessoas que sofrem de depressão bipolar e que fazem a terapia de casais apresentam menor probabilidade de ter recaída. do que aquelas que não fazem terapia.

Pesquisas apontaram que as mulheres deprimidas que são felizes no casamento melhoraram mais depressão do que aquelas que não o são.

O trabalho e a recreação têm sido utilizados como instrumentos terapêuticos.

É comumente designada de Terapia Ocupacional e de terapia Recreacional.

Nas instituições de saúde, é na maioria das vezes desenvolvida pelo **terapeuta ocupacional** e educador físico. Porém, **cabe a todos os profissionais** de saúde **informar e estimular** o indivíduo nas **atividades ocupacionais e recreacionais**.

Para que **qualquer indivíduo** mantenha ou melhore suas **potencialidades**, é necessário que este seja ativo. Para isso, **todos** os profissionais de saúde devem **estimular** a participação em atividades sociais e recreacionais, tanto nas instituições onde recebem tratamento, como na sua comunidade, tais como, festas típicas, grupos de trabalhos manuais, exercícios físicos, grupos de terapia, associações de bairro, igrejas, etc.

É recomendada a **combinação de psicoterapia e medicação** e atividades (TO e TR) de acordo com avaliação profissional.

A **psicoterapia**, em geral, leva **mais tempo do que** a medicação para fazer efeito. A **melhora** deverá começar após **duas semanas**.

No **contexto interpessoal**, a **enfermeira utiliza a si mesma** como principal instrumento terapêutico. Daí, o **objetivo** desejado para a **prática de enfermagem** é a autoconscientização, não o autoconhecimento. Os enfermeiros podem tornar-se conscientes sobre o que acreditam e sentem para melhor ajudar o outro.

5.6 Vantagens das psicoterapias

- Não têm efeito adverso evidente
- Apresentam poucos riscos para o cliente
- Favorecem o cumprimento e a compreensão dos outros tratamentos
- Complementam o efeito dos medicamentos
- São efetivas

Nenhuma das psicoterapias **tem efeitos indesejáveis** semelhantes aos produzidos por medicamentos antidepressivos. Portanto, o **terapeuta** deve ter preparo, habilidades e ter clareza técnica e respeito às necessidades do cliente.

A administração de psicoterapias **não** apresenta os **problemas** habitualmente associados com a aplicação de medicamentos (por exemplo, a relação intolerância física, hipersensibilidade, problemas de dosagem, etc.), salvo quando **há rejeição psicológica ou cultural** por parte do cliente.

Se puder **decidir e perceber** que a de psicoterapia **não apresenta problemas**, e que o agente de saúde tem capacitação e destreza apropriadas, adotando com respeito o sistema de valores do cliente, sente-se seguro tornando-se um participante ativo neste processo.

Quando se usa em combinação com tratamento medicamentoso, a psicoterapia **favorece** o cumprimento deste último.

A psicoterapia complementa o efeito dos **medicamentos** e contribui para o manejo mais

São comprovados os **bons resultados da psicoterapia** no tratamento das depressões leves e moderadas.

5.7 Desvantagens das psicoterapias

- Não é efetiva por si só **nem para todos** os indivíduos, nem em todas as fases da doença.
- **Pouco útil** em clientes com **depressão psicótica**
- **Alto** índice de **abandono** (10%-40%)
- Investigação incipiente neste campo
- Deve ser realizada por **profissionais capacitados**
- Pode ser **custosa**

As psicoterapias, **utilizadas com exclusividade** sobre qualquer outro tratamento, **nem sempre são efetivas** no tratamento da depressão.

Em geral, as **depressões graves** apresentam **maior resistência** ao tratamento psicoterapêutico isolado e ainda em depressivos menos graves a resposta pode variar de um cliente para outro.

Recomenda-se que se o cliente **não melhora (6 a 12 semanas)**, deve ser considerada a **mudança** da modalidade de psicoterapia **combinada com medicamentos** antidepressivos ou substituí-la inteiramente por estes. As psicoterapias são ineficazes nas depressões psicóticas.

O abandono do tratamento psicoterapêutico por parte dos clientes depressivos pode ser alto (cerca de 40%), **porque** melhoram os sintomas, **não** são devidamente tratados, por conta dos **efeitos colaterais** dos medicamentos, **falta de apoio familiar**.

Há que se fazer mais investigações para determinar com maior certeza o grau de eficácia de certas psicoterapias, sua capacidade para evitar recaídas, para estabelecer indicadores que apontem seus resultados em casos individuais e para justificar sua efetividade como tratamento de manutenção.

As psicoterapias devem ser **realizadas por profissionais capacitados**, nem sempre **difícilmente estão disponíveis** nos níveis primário e secundário de atenção.

O tratamento psicoterápico dos transtornos depressivos pode ser **longo**, o que pode refletir em **custos elevados**.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Medical Association- AMA. Guia essencial de depressão /; tradução: Cláudia Gerpe Duarte. – São Paulo: Aquariana, 2002. cap 6. 183-242.

BECHELLI, L.P.C.; SANTOS, M.A. Psicoterapia de grupo e considerações sobre o paciente como agente da própria mudança, Rev. Latinoam Enfermagem. V.10, n. 3, p. 383-391, mai-jun. 2002.

BECK, A.T. Terapia cognitiva da depressão. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.) Estratégias de intervenção. In: Textos de Apoio em Saúde Mental. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2003, cap. 4, p. 93-167.

FLECK, M.; SCHESTATSK, S. Psicoterapia das depressões. Rev. Bras. Psiquiatria. V. 21, p. 41-47, mai, 1999.

FRISCH, N.C.; FRISCH, L.E. Psychiatric mental health nursing. The client experiencing depression. In: _____. Understanding the client as well as the condition. USA Delmar Publishers, 1998.

FRISCH, N.C.; FRISCH, L.E. Psychiatric mental health nursing. The client experiencing depression. In: _____. Understanding the client as well as the condition. USA Delmar Publishers, 1998.

FUREGATO, A.R.F. O homem como centro nas relações interpessoais: fundamentos teóricos. In: Relações Interpessoais terapêuticas na enfermagem. Ribeirão Preto: Scala, 1999. cap.2, p. 19-37.

KAPLAN, H.I.; SADOCK, B. J. Tratado de Psiquiatria. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

LAFER, B. et al. Teorias Cognitivo-Comportamentais, Interpessoal e Construtivista. In: Depressão no ciclo da vida. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. cap. 8, p.82-91.

_____. Depressão no contexto médico. In: Depressão no ciclo da vida. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. cap.18, p. 179-183.

MINZONI, M. A. Sua contribuição aos tratamentos aplicados no paciente. In: Assistência ao doente mental: elementos da enfermagem psiquiátrica para o pessoal auxiliar de enfermagem. Ribeirão Preto: Artes gráficas Guarani. cap. 8, p. 101-112.

MUNARI, D.B.; RODRIGUES, A.R.F. Enfermagem e grupos. Goiânia: AB, 1997. 114p.

OPAS/OMS. Programa de Salud Mental, División de Promoción de Salud. Modelo para la capacitación de la enfermera general en al identificación y manejo de los transtornos afectivos. Generalita I, 1999

PINTO, R.C.M.; NASCIMENTO, A.C.R. Depressão: uma abordagem prática. Joinville: Editora Letra Médica, 2000. 158 p.

RUDIO, F.V. Relação de ajuda e orientação não-diretiva. In: Orientação não-diretiva na educação, no aconselhamento e na psicoterapia. Petrópolis: Editora Vozes, 1999. cap. 1, p. 13-20.

SILVA, M.C.F. Depressão: Pontos de vista e conhecimento do enfermeiro da rede básica de saúde. 2001. 94 p. Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

STUART, G. W. LARAIA, M.T. Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática. 6 ed. Porto alegre: Artemd, 2001.

TAYLOR, C. M. Fundamentos de Enfermagem Psiquiátrica de Mereness. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TOWNSEND, M. C. Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

VALADÃO, N.C. Modelo cognitivo – comportamental em grupo e seus efeitos sobre as estratégias de enfrentamento, os estados emocionais e a pressão arterial de mulheres hipetensas 2001. 256 p. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, ribeirão Preto, 2001.

WEISSMAN, M.M.; MARKOWITZ, J.C. Interpersonal psychotherapy: principles and applications. World Psychiatry. USA, v.3, p.136-139, October 2004.

Atividade do módulo 5 – Exercício de Fixação

Responda as questões abaixo no fórum de discussão.

- 1 - Após a apresentação das diversas modalidades de psicoterapias, aponte as mais adequadas para o tratamento dos transtornos depressivos. Justifique.
- 2 – Dentre os tipos de terapia psiquiátrica numere (1 para a mais) segundo sua eficácia para a depressão.
- 3 – Entre os diversos tipos de terapia, existem três que podem ser administrada pela(o) enfermeira(o). Assinale com X a(s) respostas corretas
 - a) () cognitivo – comportamental
 - b) () interpessoal
 - c) () de grupo
 - d) () psicanálise/psicodinâmica
 - e) () familiar
 - f) () terapia de casais

Módulo 6

Farmacoterapia

6.1 Apresentação

Você vai conhecer agora os principais fármacos utilizados no tratamento dos transtornos depressivos, assim como, seu mecanismo de ação, as dosagens, as interações medicamentosas, os possíveis efeitos colaterais, reações adversas e as contra-indicações. Conhecerá também as vantagens e desvantagens dos fármacos bem como as razões referidas pelos clientes para suspender o tratamento. O papel do enfermeiro no tratamento farmacológico, incluindo o manejo dos efeitos colaterais dos fármacos. Será objeto deste estudo.

6.2 Objetivos específicos

No final deste módulo, você deverá ter alcançado os seguintes objetivos específicos:

1. Discutir o mecanismo de ação, o uso clínico e as reações adversas relacionados às drogas antidepressivas.
2. Relacionar a farmacocinética e os problemas da utilização de múltiplos fármacos e interações medicamentosas.
3. Identificar o papel do enfermeiro nos tratamentos psicofarmacológicos

6.3 Classificação dos antidepressivos

A **classificação dos antidepressivos** pode ser feita de acordo com:
a estrutura química ou as **propriedades farmacológicas**

No final da década de 50, foram **descobertas as drogas antidepressivas**, trazendo avanços para a prática clínica no tratamento e no conhecimento sobre o possível funcionamento dos transtornos depressivos. Sendo assim, esta passou a **receber tratamento semelhante a outras doenças** como a diabetes e a hipertensão arterial.

Havia **duas classificações de antidepressivos até a década de 80**, os **antidepressivos** tricíclicos (ADTs) e os inibidores da monoaminoxidase (IMAOs), que embora fossem eficazes, seus **efeitos colaterais eram indesejáveis** pela **inespecificidade de sua ação farmacológica** sendo potencialmente letais em casos de superdosagem ou se associados a determinados alimentos..

Os **antidepressivos heterocíclicos (tricíclicos e tetracíclicos)** são caracterizados pela **estrutura cíclica** (anéis benzênicos).

- ☑ Nas **duas últimas décadas** surgiram os inibidores seletivos que se **diferenciam** dos antidepressivos clássicos pela **seletividade farmacológica**, modificando e **atenuando os efeitos colaterais**.

Hoje, a classificação mais usada se dá em função da **ação farmacológica dos antidepressivos** da nova geração por não possuírem estruturas comuns, ou seja, baseada no **neurotransmissor/receptor** envolvido em seu **mecanismo de ação**.

Podemos então **dividi-los** de acordo com o **mecanismo de ação proposto**:

- ☐ Seus locais de **ação** são as **sinapses das células do sistema nervoso central aumentando** a eficiência sináptica da transmissão monoaminérgica, particularmente de neurônios noradrenérgicos e/ou serotoninérgicos através da **inibição** do metabolismo, do bloqueio de recaptura neuronal ou **atuação** em autoreceptores pré-sinápticos, aumentando a concentração de norepinefrina, serotonina e/ou dopamina no organismo.

Simplificando:

- ☉ A **ação dos antidepressivos aumenta** a concentração de norepinefrina, serotonina e/ou dopamina no organismo. Isso se dá no cérebro através do **bloqueio** da **recaptação** desses neurotransmissores pelos neurônios (através das drogas tricíclicas, tetracíclicas, inibidores seletivos da recaptação de serotonina e outros);
- ☉ Também ocorre quando uma **enzima, monoaminoxidase (MAO)**, que **inativa** reconhecidamente norepinefrina, serotonina e dopamina, é inibida em diversos locais do sistema nervoso (inibidores da MAO (IMAO));
- ☉ Os **antidepressivos tricíclicos** são efetivos no tratamento da depressão, porém seus **efeitos secundários** (efeitos anticolinérgicos, aumento de peso, disfunção sexual e efeitos neurológicos) podem ser muito desconfortáveis, a ponto de que em alguns casos indica-se suspendê-los. Outros podem causar hipotensão ortostática e transtornos da condução cardíaca em indivíduos suscetíveis.
- ☉ Os bloqueadores da recaptação de serotonina (TSRS), descobertos mais recentemente, parecem ser tão efetivos quanto os antidepressivos tricíclicos e, em geral seus efeitos secundários são menores. No entanto, nas depressões graves, os tricíclicos parecem melhores.
- ☉ Os **inibidores de monoaminoxidase (IMAO)** constituem um grupo essencial e, em geral, não se utilizam como medicamentos de primeira linha no tratamento da depressão, reservados para casos especiais.
- ☉ A efetividade desses medicamentos como antidepressivos é bastante similar, no entanto diferem amplamente em seus efeitos secundários. Por outro lado, vários **indivíduos deprimidos** podem reagir **diferentemente** frente ao mesmo fármaco, daí a importância de **adaptar** o programa terapêutico **às características do indivíduo** e fazer os reajustes do caso no curso do tratamento.

O **quadro abaixo** enumera a maioria dos medicamentos utilizados especificamente no tratamento da **depressão**, conhecidos genericamente como antidepressivos.

Classificação baseada na ação farmacológica dos principais antidepressivos

🌀 **Inibidores da monoaminoxidase (IMAO)**

Não seletivos e irreversíveis

Tranilcipromina

Fenelzina

Seletivos e Irreversíveis

Seletivos e Reversíveis

Moclobemida

🌀 **Inibidores não seletivos de recaptura de monoaminas (ADTs)**

Inibição mista de recaptura de 5-HT/NE

Imipramina

Clomipramina

Amitriptilina

Nortriptilina

Maprotilina

🌀 **Inibidores (bloqueadores) seletivos de recaptura da serotonina (ISRS)**

Fluoxetina

Paroxetina

Sertralina

Citalopram

Fluvoxamina

Escitalopra

🌀 **Inibidores seletivos de recaptura de 5-HT/NE (ISRSN)**

Venlafaxina

Duloxetina

Milnaciprano

🌀 **Inibidores de recaptura de 5-HT e antagonistas ALFA-2 (IRSA)**

Nefazodona

Trazodona

🌀 **Estimulantes da recaptura de 5-HT (ERS)**

Tianeptina

🌀 **Inibidores seletivos de recaptura de NE (ISRN)**

Reboxetina

🌀 **Inibidores seletivos de recaptura de DA (ISRD)**

Amineptina

Bupropion

6.3.1 Inibidores (bloqueadores) não seletivos de recaptura de monoaminas Antidepressivos Tricíclicos (ADTs)

🌀 Em torno de **70% dos indivíduos portadores de depressão** recebem **tratamento com ADTs**, porém 30 a 40% **falham** na resposta no **primeiro** ensaio farmacológico, necessitando outra classe de antidepressivos ou até mesmo de eletroconvulsoterapia;

🌀 O mecanismo de **ação comum** aos ADTs em nível **pré-sináptico** é o bloqueio de recaptura de monoaminas, principalmente norepinefrina (NE) e serotonina (5-HT), em menor proporção dopamina (DA). Os ADTs promovem agudamente **aumento na eficiência da transmissão monoaminérgica**, envolvendo os sistemas noradrenérgico e serotoninérgico através do **aumento** na concentração sináptica de norepinefrina e serotonina pelo **bloqueio de recaptura**;

🌀 É possível o uso dos ADTs durante a gestação, evitando-se o uso no primeiro trimestre sendo suspenso duas semanas antes do parto, a fim de evitar problemas cardíacos, irritabilidade, desconforto respiratório, espasmos musculares, convulsões ou retenção urinária em neonatos. Mulheres lactantes podem tomar. Deve ser usado com cautela.

🌀 **Interações** - Os ADTs usados juntamente com IMAO podem levar à crises hipertensivas, convulsões graves e taquicardia. Além disso, o uso dos ADTs pode impedir a resposta terapêutica a algumas drogas anti-hipertensivas, como clonidina, guanetidina;

- Alguns **efeitos colaterais** não menos importantes se referem àqueles que **podem ser confundidos** com a própria sintomatologia depressiva: ganho de peso, associado ou não à preferência por carboidratos, principalmente com amitriptilina e imipramina; disfunções sexuais (redução da libido, retardo ou inibição ejaculatória e inibição do orgasmo); alterações do sono (pesadelos, alucinações hipnagógicas e hipnopômnicas).

Efeitos colaterais relacionados ao bloqueio de receptores
--

Os principais **efeitos colaterais** dos ADTs são os **anticolinérgicos**, mas também há os efeitos adrenérgicos, histaminérgicos e potencialização de drogas depressoras

Anticolinérgicos

boca seca; visão turva
aumento da pressão ocular
retenção urinária
taquicardia
constipação
ganho de peso
confusão
disfunções sexuais

alfa 1 – adrenérgicos

hipotensão postural e taquicardia reflexa
nariz entupido; tontura
disfunção erétil e ejaculatória
vertigens; tremores

Histaminérgicos

Sonolência; sedação
Fadiga; tontura
náusea
ganho de peso
hipotensão

Potencialização de drogas depressoras centrais 5 –

HT2 –adrenérgicos

Fadiga; tontura
alterações de sono
irritabilidade
ganho de peso
hipotensão
disfunções sexuais

Nome genérico e comercial, dose diária, via e indicações dos tricíclicos (imipramina, amitriptilina e clomipramina)

Nome comercial	Nome Genérico	Dose diária Usual (mg)	Via
Trofanil Imipra Depramina	Imipramina	75 a 300mg	oral
Anytril Protanol Tilina Tripsol Tryptanel	Amitriptilina	75 a 250 (não exceder 300mg dia)	oral
Anafranil	Clomipramina	75 a 300	oral

Contra-indicações, efeitos colaterais, reações adversas e interações medicamentosas dos **Tricíclicos- imipramina, amitriptilina e clomipramina**

Contra-indicações e precauções	Efeitos colaterais e reações adversas	Interações Medicamentosas
Hipersensibilidade à droga ou ao ácido acetilsalicílico, IAM e durante a gestação e lactação; -Usar cuidadosamente nos casos de disfunções hepáticas e renal, doença cardiovascular, ganho de peso, conlvusão, ipertiroidismo, glaucomas, esquizofrenia, paranóia em doença maníacos depressivas;	- diminuição da secreção salivar - constipação intestinal - aumento do tônus do esfíncter vesical e do limiar para a contração do detrusor, causando dificuldades para urinar - dificuldade de acomodação visual - exarcebação de glaucoma - alterações no sistema de condução cardíaca - hipotensão postural - hipertensão - diminuição do limiar convulsígeno - estados de “delirium” - hiperpirexia - náuseas, vômitos e diarreia - ansiedade e insônia	- álcool : séria potencialização dos efeitos depressores do SNC; - anticonvulsivantes : diminui os efeitos da medicação antidepressiva, baixa o limiar convulsígeno e acentua depressão no SNC; - anti-histamínicos ou depressores do SNC: podem potencializar os efeitos dessas medicações; - clonidina ou guanetidina: o efeito anti-hipertensivo pode ser bloqueado; - estrógenos ou contraceptivos orais: podem potencializar os efeitos colaterais dos antidepressivos tricíclicos e reduzir os efeitos antidepressivos.

6.3.2 Inibidores seletivos de recaptura da serotonina - ISRS

Os ISRSs são tão eficazes quanto os ADTs, mas com **menores problemas de tolerabilidade** e segurança em função de sua ação seletiva. Inibem de forma potente e seletiva a recaptura de serotonina, resultando em potencialização da neurotransmissão serotoninérgica. Nomes comerciais: a) fluoxetina (Daforin, Daprax, Depress, Wereprez, Eufor, Fluxene,

Nortec, Prozac, Psiquial, Verotina). B) Paroxetina (Aropax, Cebrilin, Pondera), c) Sertralina (Novativ, Sercerin, tolrest, Zofof), d) Atalognam (Apramil) e e) Fluvoxamina 9luvox).

☉ **Interações** - O uso concomitante de ISRSs e **cimetidina** pode aumentar a concentração dos ISRS. Inibidores da MAO: crises hipertensivas podem ocorrer quando usados dentro de 14 dias dos IMAO e com **diazepam** pode ocasionar uma meia-vida prolongada ou o aumento da concentração do diazepam; Álcool anti-histaminicos, antidepressivos (outros), opioidosa, sedationol, hipnóticos: o distúrbio da capacidade, mental e motora pode ser potencializado (depressão do SNC).

☉ De modo geral, **as reações adversas dos ISRSs** mais frequentemente relatados são: gastrintestinais (náuseas, vômitos, dor abdominal, diarreia); psiquiátricos (agitação, ansiedade, insônia, ciclagem para mania, nervosismo, mais relacionadas a fluoxetina); alterações do sono, fadiga, efeitos neurológicos (tremores, efeitos extrapiramidais); perda de peso (a sertralina parece ser mais potente na inibição do apetite, com maior perda de peso no início do tratamento); ganho de peso (a paroxetina foi associada ao com paroxetina peso), disfunções sexuais (maior incidência), reações dermatológicas (mais freqüente com a fluoxetina).

☉ Nos ISRSs **os efeitos sexuais prevalecem**

☉ Os **sintomas de retirada ou descontinuação** dos ISRSs são considerados benignos clinicamente, podem aparecer cerca de 1 a 10 dias após a retirada da medicação (no caso da fluoxetina pode aparecer várias semanas depois), sendo os sintomas mais frequentes: tonturas, vertigens, ataxia, sintomas gastrintestinais (náuseas e vômitos), sintomas gripais, distúrbios sensoriais (parestias), alterações de sono (insônia, sonhos vívidos) e sintomas psíquicos (irritabilidade, agitação e ansiedade).

☉ Alguns **cuidados** devem ser considerados em casos especiais (uso na gestação e lactação): não há evidências de teratogenicidade em seres humanos; relato de maior incidência de partos prematuros com o uso de ISRSs no terceiro trimestre da gestação; sintomas de abstinência (tremores, irritabilidade, inquietação e nervosismo) foram observados em neonatos; na lactação deve-se pesar a relação risco/benefício de seu uso.

☉ Os inibidores da recaptção da serotonina têm menos efeitos secundários. No entanto, o custo destes fármacos é mais elevado.

Efeitos colaterais relacionados e aos inibidores da recaptção da serotonina

Constipação

Náuseas

Urticária - acompanhada por febre, artralgia e eosinofilia

Agitação; Insônia

Ansiedade

Ciclagem para mania; Nervosismo

Disfunção sexual (retardo ejaculatório em homens e anorgasmia em mulheres)

Cefaléia

6.3.3 Inibidores da Monoaminoxidase – (IMAOs)

☉ O **mecanismo de ação** dos IMAOs não está totalmente esclarecido. Sabe-se que a atividade da enzima monoaminoxidase (MAO) está inibida quando a redução na atividade da MAO resulta em aumento da concentração desses neurotransmissores no sistema nervoso central (SNC) e no sistema nervoso simpático. O início de ação se dá entre 7 a 10 dias com doses apropriadas para alguns clientes, porém pode levar de 4 a 8 semanas para atingir o efeito terapêutico pleno.

☉ **Interações** – Os inibidores da MAO com o uso concomitante de anfetaminas, metildopa, levodopa, dopamina, epinefrina, norepinefrina, reserpina, vasoconstritores ou a ingestão de alimentos contendo tiramina. Hipertensão ou hipotensão, coma, convulsões e morte podem ocorrer quando meperidina ou outros analgésicos narcóticos são usados juntamente com IMAO. Pode ocorrer hipotensão pelo uso concomitante de drogas anti – hipertensiva ou da raquianestesia. Hipoglicemia aumentada pode ocorrer ao uso concomitante de insulina ou hipoglicemiantes orais e IMAO;

Efeitos colaterais e reações adversas

- hipotensão: tonteiras, vertigem e desmaios

- Idosos: em dosagens altas pode ocorrer o colapso vascular

- constipação, atonia vesical

- edema periférico

- secura da boca e visão turva

- sistema nervoso central: hiper-reflexia, tremores, insônia, inquietação

- quando administrados em alta dosagem podem induzir episódios hipomaníacos

Principais interações entre IMAOs e outros medicamentos

- potencializam o efeito de outras rogas: as anfetaminas podem tornar-se excessivamente estimulantes quando administradas a pacientes que estão tomando iproniazida; potencializam as ações sedativas hipnóticas do álcool e barbitúricos.

- quando administradas simultaneamente com o iminodibenzil aumenta-se enormemente a probabilidade de hipotensão séria, convulsões e colapso circulatório, devendo ser feita cuidadosa observação da pressão arterial

Os **IMAOs inibem a MAO de forma permanente**. Daí a necessidade de adotar uma **dieta pobre em tiramina** (que normalmente é destruída no organismo pela enzima monoaminoxidase e não causa problemas), aminoácido precursor de catecolaminas. Este procedimento pode **evitar uma crise hipertensiva** que tem seu efeito na pressão arterial reforçado pelos inibidores da monoaminoxidase.

Desse modo, os clientes que usam a IMAO devem ser informados sobre alimentos que contenha **tiramina (proibidos)** e os que são **permitidos** e também cuidados com a ingestão de outros medicamentos:

- ⊗ Alguns tipos de **Queijos são proibidos**: evitar a ingestão de queijos (todos os maturados ou envelhecidos) bem como comidas preparadas com estes queijos (pizza, lasanha, fondue, etc)
- Queijos permitidos**: queijos processados (prato, minas, requeijão, ricota, queijo cremoso, mussarela) desde que sejam frescos; todos os laticínios que sejam armazenados adequadamente (iogurte, creme de leite, sorvete);
- ⊗ Alguns tipos de **Carnes, peixes e aves são proibidas**: frios embutidos, defumados ou que sejam conservados fora da geladeira (salame, mortadela, pastrami, salsichas, paio, lingüiça, etc.); carne de sol, carne seca (ingredientes da feijoada); carnes, peixes e aves conservados de modo inadequado. Cuidado com fígado (de qualquer tipo de animal): para comê-lo tenha certeza de que é fresco;
- Carnes, peixes e aves permitidas**: produtos industrializados ou empacotados desde que sejam frescos (salsicha para cachorro quente, frango);
- ⊗ **Frutas e vegetais proibidos**: Fava e doce de casca de banana;
- ⊗ **Frutas e vegetais permitidos**: Banana e todos os demais;
- ⊗ Alguns tipos de **bebidas alcoólicas são proibidas**: Chope;
- ⊗ **Bebidas alcoólicas permitidas**: Duas latas ou garrafas de cerveja (incluindo cerveja sem álcool) ou quatro cálices de vinho tinto ou branco por dia (o vinho tinto pode causar dor de cabeça não necessariamente relacionada com aumento da pressão arterial).
- ⊗ **Comidas variadas proibidas**: extrato de levedura concentrada, chucrute, molho de soja (shoyu) e outros alimentos ou condimentos de soja.
- Comidas variadas **permitidas**: Outros tipos de levedura (por exemplo, de cerveja), leite de soja.
- ⊗ **Medicamentos proibidos**: Antidepressivos tricíclicos e ISRS cocaína, inibidores do apetite, anfetaminas e outros estimulantes; medicamentos para gripe, descongestionantes em comprimidos ou sprays para o nariz, xaropes para tosse e remédios para asma; anestésicos locais com adrenalina.

6.3.4 Carbonato de lítio

Existem outros fármacos utilizados no tratamento do transtorno do humor, porém **não tem uma indicação específica, ou exclusiva, para os quadros depressivos**. Sua principal ação se exerce sobre os estados de humor variável. Entre eles, o carbonato de lítio tem sido utilizado com relativo êxito em síndromes bipolares. Devido as doses terapêuticas serem próximas dos níveis tóxicos, faz-se necessário determinar periodicamente a concentração da substância no sangue.

6.3.5 Ácido valproico e Carbamazepina

O ácido valproico e seus sais e a carbamazepina têm indicações semelhantes as do Lítio nos estados afetivos. Estas substâncias, que também são utilizadas no tratamento da epilepsia, têm efeitos secundários aos quais é preciso estar alerta.

6.3.6 Medicamentos adicionais

- ⊗ **Ansiolíticos**
- ⊗ **Antipsicóticos**
- ⊗ **Hipnóticos ou sedantes**
- ⊗ **Estabilizadores do estado de ânimo**

Os quadros depressivos podem ser acompanhados de **sintomas** que estritamente **não fazem parte do quadro clínico**. De fato, pode adotar uma modalidade psicótica ou podem coexistir com quadros psicóticos independentes. Neste caso estão indicados medicamentos sintomáticos contra a ansiedade (por exemplo, ansiolíticos benzodiazepínicos ou sedativos) ou fármacos que atuam especificamente contra a psicose (por exemplo, neurolépticos como a clorpromazina, as butirofenonas e a clozapina).

6.4 Vantagens dos medicamentos antidepressivos

- ⊗ São efetivos
- ⊗ Fáceis de administrar
- ⊗ Os efeitos secundários, quando se apresentam, são controlados
- ⊗ Favorece o monitoramento clínico (observação clínica e o interrogatório)

A eficácia dos antidepressivos está amplamente **documentada**.

Os medicamentos antidepressivos são **fáceis de administrar**. De modo geral, os antidepressivos são administrados oralmente, uma ou duas vezes ao dia. Não apresentam problemas para sua ingestão, salvo quando o cliente se nega a recebê-los.

Geralmente, **os efeitos secundários são controlados**. Quando são mais manifestos, tendem a atenuar-se com o tempo ou são susceptíveis a medidas corretivas.

O monitoramento dos antidepressivos embasa-se na **observação clínica e nas informações do paciente e da família**. Somente no princípio do tratamento, quando os efeitos secundários podem ser muito evidentes, e ao longo do tempo (no caso do lítio são necessárias análises periódicas de laboratório para determinar a concentração de fármaco no sangue).

6.5 Desvantagens das medicações

- ① Possível efeito indesejável
- ① Potencial uso suicida
- ① 10% a 30% dos clientes não respondem
- ① Tratamento prolongado
- ① O efeito antidepressivo tem um tempo de latência de em média 14 dias
- ① Elevado custo dos fármacos que produzem menos efeitos secundários

Os medicamentos antidepressivos têm efeitos secundários indesejáveis. Às vezes sua intensidade indica a necessidade de suspender ou mudar o tratamento.

Os antidepressivos, em particular os tricíclicos, são potencialmente letais quando são ingeridos em altas doses. Por isto podem ser utilizados com fins suicidas.

O abandono do tratamento com antidepressivos é freqüente, especialmente nas primeiras semanas. Abandonam por não acreditarem em melhorar ou cura devido ao próprio estado de desânimo. Outros deixam de usar o medicamento assim que percebem alguma melhora.

O efeito antidepressivo dos medicamentos requer um tempo determinado para manifestar-se durante o qual os sintomas persistem.

O tratamento com antidepressivo é prolongado e requer que os indivíduos sigam estritamente as indicações. As fases agudas e de consolidação do tratamento podem durar vários meses ou prolongar-se até mais. Um programa de manutenção pode ser recomendado para pessoas que já tiveram vários episódios depressivos.

6.6 Razões referidas pelos clientes para suspender o tratamento

- ① Desmotivação
- ① Falta de melhora imediata
- ① Custo
- ① Esquecimento
- ① Melhora
- ① Efeitos secundários
- ① Temor a farmacodependência

As razões que os clientes alegam para suspender o tratamento nem sempre refletem as verdadeiras motivações.

Pode ser que um indivíduo esteja melhorando e, no entanto, alega a falta de melhora como razão para interromper o tratamento. Outras vezes pode ser que a melhora não tenha se manifestado devido ao pouco tempo que faz uso do medicamento.

Outras vezes, o abandono ocorre quando os sintomas haviam diminuído ou desaparecido e o cliente supõe que está curado. Isto ocorre com frequência na fase de manutenção do tratamento. Os efeitos secundários podem ser fator de importância na interrupção do tratamento, em especial aos ligados a ação anti-colinérgica dos fármacos.

É importante o fator econômico: o alto custo dos antidepressivos mais recentes faz com que se tornem inacessíveis para grandes setores da população. Apesar dos antidepressivos não induzirem dependência, os clientes suspendem seu uso por temor em desenvolver dependência.

Diante do exposto **propomos as seguintes questões para reflexão:**

- ① Qual seria o melhor antidepressivo? Entende-se que essa pergunta deve ser formulada da seguinte forma: qual o melhor antidepressivo, para quem? Todas as classes têm eficácia similar, portanto, a escolha do antidepressivo deve ser baseada nas características da depressão, efeitos colaterais, risco de suicídio, outros distúrbios clínicos, terapia concomitante, tolerabilidade, custo, danos cognitivos, etc.
- ① Quando mudar de antidepressivo? Mudança de antidepressivo antes de três semanas atribui-se à ansiedade da família, do médico, ou dos dois juntos. Devem ser orientados para aguardar três semanas. Um incremento nas sessões quimioterápicas pode ser indicado e, se for necessária a prescrição de algum ansiolítico.
- ① Antidepressivos causam dependência ou síndrome de retirada? O cliente e sua família devem ser avisados que os antidepressivos não são aditivos, embora síndromes de descontinuação possam ser observadas em algumas pessoas; não deve ser confundida com recorrência de depressão (3 a 15 semanas após o término de utilização de antidepressivos). Sintomas de descontinuação normalmente aparecem cerca de 1 a 14 dias após o fim do tratamento e melhora dentro de uma semana.

Os antidepressivos devem ser prescritos por quanto tempo? A Associação Psiquiátrica Americana sugere, pelo menos, 16 a 20 semanas com doses completas após a melhora ou remissão completa. A Organização Mundial de Saúde recomenda 6 meses ou mais após a melhora.

Quando os antidepressivos não fazem efeito? Dosagens inadequadas e não adesão são as principais causas da falha de resposta. Por isso, a escolha da droga deve considerar esses fatores. Praticamente todos os antidepressivos podem ser dados uma vez por dia. O modo mais eficaz de tratar a depressão tem sido relacionado com uso de tricíclicos ou inibidores seletivos de recaptação de serotonina (ISRSs).

Por que os efeitos colaterais são importantes na escolha dos antidepressivos? A variável principal relacionada à não adesão dos clientes refere-se aos efeitos colaterais. Portanto, a redução desses efeitos é essencial para o êxito do tratamento.

6.7 Usos de antidepressivos em outras situações de doença

A denominação de antidepressivo é questionada, baseada na utilização dessas drogas para muitas outras doenças, além da depressão. Porém na falta de uma definição melhor, continua o uso do termo antidepressivo.

Uso de antidepressivos em outras situações de doença

Anorexia nervosa
 Ansiedade/pânico
 Bulimia
 Catalepsia
 Déficit de atenção/hiperatividade
 Distúrbio obsessivo compulsivo
 Distúrbio do pânico
 Distúrbio do estresse pós-traumático
 Enurese
 Enxaqueca (profilaxia)
 Parar de fumar
 Náusea com quimioterapia
 Dor crônica
 Úlcera péptica
 Urticária

6.8 Papel do enfermeiro no tratamento farmacológico

O enfermeiro é freqüentemente o profissional que integra os tratamentos farmacológicos com os tratamentos não-farmacológicos de um modo especializado, seguro, efetivo e aceitável para o cliente. Deve incorporar a psicofarmacologia na base de conhecimentos da teoria da enfermagem, na área das pesquisas de enfermagem e da assistência de enfermagem.

O enfermeiro por garantir os cuidados ns 24 horas é o melhor da equipe de saúde com maior impacto diário sobre a experiência do cliente em relação aos agentes psicofarmacológicos (administra cada dose de medicamento, se for caso de internação (integral ou parcial) observa as reações do paciente, supervisiona e acompanha o tratamento). Isso coloca o enfermeiro como um profissional importante na maximização dos efeitos terapêuticos do tratamento farmacológico e na minimização dos efeitos colaterais de tal modo que o cliente seja um verdadeiro parceiro no seu tratamento.

As opções mais apropriadas de tratamento, integradas de modo holístico e individualizado devem refletir-se no plano de cuidados de enfermagem.

Alguns **padrões da função do enfermeiro** na administração de psicofármacos para garantir a qualidade da assistência de enfermagem psiquiátrica e de saúde mental foram estabelecidos pela American Nursing Association (ANA):

Esse padrão implica que o desempenho profissional da enfermeira deve incluir:

- conhecimentos atuais de farmacologia;
- observação e interpretação das respostas pertinentes à terapêutica somática em termos de princípios subjacentes a cada terapia;
- avaliação da eficácia da terapêutica somática e recomendação de mudanças apropriadas no plano de tratamento;
- colaboração com outros membros da equipe nas diversas atividades terapêuticas;
- possibilitar ao cliente e à família para discutir, questionar e explicar seus conceitos e sentimentos acerca do uso da terapêutica somática;
- condutas que prevêm efeitos esperados e efeitos colaterais das terapêuticas somáticas com o cliente e sua família;
- a possibilidade do cliente incorporar conhecimentos de terapêutica somática no auto-cuidado.

Então, alguns **cuidados gerais** precisam ser dispensados ao **cliente** submetido a tratamento **com psicofármacos**:

Antes de iniciar o uso de psicotrópicos deve ser realizada uma série de avaliações do cliente; investigar transtornos convulsivos, gravidez, doença cardíaca, hepática, renal e abuso de drogas e os dados fisiológicos (pressão arterial, pulso, peso, respiração, temperatura, padrão de sono, deambulação e composição química sanguínea).

☉ Durante o tratamento, o enfermeiro tem a responsabilidade de monitorar as respostas fisiológicas do cliente sobre o psicotrópico. Para tanto, deve dominar os conhecimentos sobre a indicação de uso e os efeitos desejados, efeitos colaterais, efeitos adversos ou tóxicos, contra-indicações o tratamento indicado para o caso de uma superdosagem. Deve observar cuidadosamente o comportamento do cliente e ouvir seus relatos e queixas, com atenção e na vigência do aparecimento de efeitos colaterais previsíveis, assegurar que estes estavam previstos e fazer sugestões para diminuir seu desconforto e no caso, de aparecimento de efeitos adversos ou tóxicos potencialmente graves, notificar imediatamente o médico e em alguns casos, suspender o medicamento.

Algumas **orientações gerais** sobre o **uso de psicotrópicos** devem ser trabalhadas com o cliente e sua família:

☉ Pode causar sonolência. Orientar quanto ao cuidado não dirigir e operar máquinas perigosas, pois pode ocorrer sonolência e tonturas.

☉ Paciente e familiares devem estar orientados para não suspensão abrupta da medicação, principalmente se o uso for prolongado e as dosagens forem altas, sem o conhecimento do médico, ainda que alcance melhoras. Não deve parar de tomar a droga abruptamente, pois isto pode desencadear o aparecimento de sintomas como náuseas, cefaléias entre outros graves sintomas de abstinência, como depressão, insônia, ansiedade, tremores, vômitos, sudorese, convulsões e estados confusionais.

☉ Orientar cliente e familiares para evitar ou reduzir a ingestão de bebidas alcoólicas. O paciente não deve consumir outros depressores do SNC (incluindo álcool).

☉ Na vigência da necessidade de outros tratamentos medicamentosos, verificar as possibilidades de interações não desejadas.

☉ Não deve tomar medicações vendidas sem receita sem a aprovação do médico.

☉ Orientar o cliente para não se levantar de forma súbita quando estiver deitado ou sentado e fazê-lo gradativamente para evitar hipotensão postural. Deve levantar-se lentamente de uma posição sentada ou deitada para evitar baixa súbita da pressão arterial.

☉ Devem ser informados sobre os riscos de tomar esta droga durante a gravidez; devendo avisar ao médico quanto a ser desejável suspender-se a droga caso suspeite de gravidez ou esteja fazendo planos de engravidar.

☉ Devem conhecer os possíveis efeitos colaterais. O cliente deve consultar material informativo fornecido pelos profissionais de saúde.

☉ Deve levar consigo em todas as ocasiões um cartão ou um pedaço de papel com o nome das medicações que está tomando.

☉ Administrar o antidepressivo com alimento para reduzir irritação gastrointestinal e orientar cliente e familiares para usarem a mesma estratégia em casa. Recomendar adoção de uma dieta rica em fibras para evitar constipação. Recomendar o uso de protetores solares e de roupas mais adequadas para evitar reações de fotossensibilidade, durante a terapia em casos de uso da imipramina.

☉ Orientar cliente e familiares sobre o período (de pelo menos 2 semanas) para que o medicamento alcance os efeitos antidepressivos desejados.

☉ Estar atenta à possibilidade de cirurgias, mesmo que dentárias, e intervenções de emergência por causa da interação medicamentosa com drogas depressoras do SNC. Anteriormente à realização de cirurgias em pacientes sob uso da droga; a medicação deverá ser descontinuada gradualmente, para evitar a incidência de episódios hipertensivos. Pode causar boca seca. Recomendar o uso de balas sem açúcar ou gomas de mascar, pois podem minimizar esse efeito.

☉ Alertar o cliente que dirige ou que tem funções profissionais que exijam muita atenção para os efeitos da “visão turva”.

☉ Durante a terapia, observar se o indivíduo apresenta tendência suicida, sinais de psicose ou mudanças de comportamento – monitorizar o indivíduo com tendência suicida.

☉ Ter precauções com pacientes potencialmente suicidas: não devem ter acesso a uma grande quantidade desses medicamentos bem como devem receber atenção especial no início do tratamento enquanto as idéias suicidas persistem e o retardo motor já apresentou melhoras.

O **planejamento e a implementação** do cuidado de enfermagem deve incluir o **monitoramento** relativo aos efeitos colaterais das medicações antidepressivas:

Quadro 8 - Manejo dos efeitos colaterais dos medicamentos

Sintoma	Manejo
<p>Podem ocorrer com todas as classes químicas:</p> <p>a) Boca seca</p> <p>b) Sedação</p> <p>c) Náuseas</p> <p>Ocorrem mais comumente em associação aos tricíclicos (ADTs):</p> <p>a) Visão turva</p> <p>b) Constipação</p> <p>c) Retenção urinária</p> <p>d) Hipotensão postural</p> <p>e) Redução do limiar convulsivo</p> <p>f) Taquicardia, arritmias</p> <p>g) Fotossensibilidade</p> <p>h) Ganho de peso</p> <p>Ocorrem mais comumente com os ISRS</p> <p>a) Insônia, agitação</p> <p>b) Cefaléia</p> <p>c) Perda de peso (raro)</p> <p>d) Disfunção sexual</p>	<p>Orientar o cliente a ingerir água com frequência, mastigar chiclete sem açúcar, chupar pedrinhas de gelo; estimular higiene bucal frequente</p> <p>Solicitar prescrição médica para a droga ser dada antes de se deitar. Solicitar diminuição da dose ou substituição por uma droga menos sedativa.</p> <p>Orientar os clientes a não operarem máquinas perigosas, não dirigirem veículos, nem consumirem álcool.</p> <p>Oferecer o medicamento junto com os alimentos para diminuir o desconforto gastrointestinal.</p> <p>Tranquilizar o cliente afirmando que este sintoma deve remitir após algumas semanas.</p> <p>Instruir o cliente a não dirigir até a visão clarear.</p> <p>Retirar pequenos itens do caminho de rotina para evitar quedas.</p> <p>Providenciar alimentos ricos em fibras; aumentar a ingestão de líquidos se não houver contra-indicações; e encorajar o cliente a aumentar os exercícios físicos, se possível.</p> <p>Instruir o cliente a relatar dificuldade ou incapacidade de urinar.</p> <p>Monitorar a ingestão e a excreção.</p> <p>Tentar métodos para estimular a micção, como deixar uma torneira correndo na banheira ou derramar água sobre a área perineal.</p> <p>Monitorar a pressão arterial e o pulso com o cliente deitado e em pé com frequência e documentar e relatar mudanças significativas.</p> <p>Instruir o cliente a levantar-se lentamente de uma posição deitada ou sentada.</p> <p>Evitar banhos de chuveiro ou de banheira longos e quentes.</p> <p>Observar atentamente um cliente com história de convulsões.</p> <p>Instituir precauções para crises convulsivas conforme normas da instituição de saúde.</p> <p>Monitorar cuidadosamente a pressão arterial, a frequência e o ritmo do pulso, e registrar alterações significativas.</p> <p>Assegurar que o cliente use filtro solar protetor, roupas e óculos de sol quando ao ar livre.</p> <p>Dar instruções para uma dieta com reduzido teor calórico.</p> <p>Encorajar um nível maior de atividade, se apropriado.</p> <p>Administrar a dose mais cedo ou instruir o cliente a tomá-la mais cedo ou pela manhã.</p> <p>Instruir o cliente a evitar alimentos e bebidas contendo cafeína.</p> <p>Ensinar técnicas de relaxamento para uso antes de deitar.</p> <p>Administrar analgésicos, conforme o prescrito.</p> <p>Idosos devem ser orientados e monitorados pelos riscos de quedas e nestes casos a nortriptilina estaria mais indicada.</p> <p>Assegure-se de que o cliente receba uma ingestão calórica suficiente para manter o peso desejado.</p> <p>Deve-se ter cuidado ao prescrever essas drogas a clientes com anorexia.</p> <p>Pesar o cliente diariamente ou em dias alternados, na mesma hora e na mesma balança, se possível.</p> <p>Os homens podem relatar ejaculação anormal ou impotência. As mulheres podem ter retardo ou perda do orgasmo. A mudança para um outro antidepressivo pode vir a ser necessário, caso o efeito colateral se torne intolerável.</p>

IMPORTANTE: Quando essas drogas fazem efeito e o humor começa a elevar-se, o indivíduo pode ter maior energia para implementar um plano de suicídio. O potencial de suicídio muitas vezes aumenta ao diminuir o nível dos sintomas da depressão, principalmente os que se referem à letargia, tristeza, humor deprimido, apatia, diminuição da energia. A enfermeira deve ficar particularmente atenta a súbitas elevações do humor.

As medidas enumeradas no quadro são paliativas. Se as moléstias ocasionadas pelos sintomas persistirem, pode-se diminuir a dose e, posteriormente, aumentar gradativamente ou, se isto não der resultados, mudar o medicamento. Em geral, estes efeitos indesejáveis costumam diminuir depois de um tempo de tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DICIONÁRIO DE Administração de Medicamentos na Enfermagem 2003/2004. 3 ed. Rio de Janeiro: EPUB, 2002. 640 p.
- ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.) Estratégias de intervenção. In: Textos de Apoio em Saúde Mental. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2003, cap. 4, p. 93-167.
- KOLB, L. Terapia Farmacológica. In: Psiquiatria clínica. Rio de Janeiro: Interamericanam 1976. cap. 32 p.582- 599
- MORENO, R. A et al. Psicofarmacologia de antidepressivos. Rev Bras Psiquiatr. Depressão. Vol. 21, mai 1999. p.24 – 40.
- OPAS/OMS. Programa de Salud Mental, División de Promoción de Salud. Modelo para la capacitación de la enfermera general en al identificación y manejo de los transtornos afectivos. Generalita I, 1999.
- PINTO, R.C.M.; NASCIMENTO, A.C.R. Depressão: uma abordagem prática. Joinville: Editora Letra Médica, 2000. 158 p.
- ROLIM, M A et al. Os cuidados de enfermagem no tratamento farmacológico dos transtornos mentais no Brasil. MAS/MND/98.1 p. 93. Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.
- SARACENO, B.; ASIOLI, F.; TOGNONI, G. Psicofarmacológicos. In: Manual de Saúde Mental: guia básico para atenção primária. Tradução Willians Valentini – 3 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2001. cap. 4, p.35-54.
- SOUZA, F.G.M. Tratamento da depressão. Rev Bras Psiquiatr. Depressão. Vol. 21, mai 1999. p.18-23.
- STUART, G. W. LARAIA, M.T. Psicofarmacologia. In: Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática. 6 ed. Porto alegre: Artemd, 2001. cap 27. p. 607-639.
- TOWNSEND, M. C. Psicofarmacologia. In: Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap 19. p. 232-255.

Atividade do módulo 6 – Exercício de Fixação

1. Descreva o manejo adequado aos efeitos colaterais dos antidepressivos:

- a. () hipotensão postural
- b. () constipação intestinal
- c. () náuseas
- d. () perda de peso
- e. () ganho de peso
- f. () boca seca
- g. () visão turva
- h. () retenção urinária
- i. () sedação
- j. () taquicardia
- k. () cefaléia
- l. () disfunção sexual
- m. () fotossensibilidade

2. Cite algumas orientações gerais sobre a utilização de psicotrópicos que devem ser trabalhadas com o cliente e sua família.

Módulo 7

Eletroconvulsoterapia (ECT) e

Estimulação Magnética Transcraniana (EMT)

7.1 Apresentação

O enfermeiro é um dos integrantes da equipe mínima para a realização de eletroconvulsoterapia (ECT) e da EMT. Também, pode ajudar em esclarecimentos sobre o mesmo, contribuindo para a desmistificação que envolve a ECT e a EMT. Por tudo isso, deve entender essa modalidade de tratamento. Apresentaremos os aspectos históricos, os critérios para as indicações da ECT e da EMT as contra-indicações, os efeitos colaterais e adversos.

Iremos descrever a técnica desse complexo procedimento e os cuidados de enfermagem pertinentes compreendendo as fases do processo de enfermagem.

7.2 Objetivos

- ① Conhecer os aspectos históricos da ECT/EMT.
- ② Identificar as indicações, as contra-indicações, os efeitos colaterais e adversos da ECT/EMT.
- ③ Descrever as técnicas e os cuidados de enfermagem pertinentes compreendendo as fases do processo de enfermagem.

7.3 Conhecendo a ECT e a EMT

Nos dias de hoje a indução proposital de convulsões com finalidade terapêutica (convulsoterapia) já é bastante conhecida.

A eletroconvulsoterapia (ECT) é definida como a indução artificial de uma convulsão de grande mal em um cliente anestesiado, pela passagem de uma corrente elétrica ao cérebro, através de eletrodos aplicados na região frontotemporal ou unilateralmente do mesmo lado da mão dominante. O mecanismo de ação ainda não é conhecido; acredita-se que a corrente elétrica que passa pelo cérebro causa uma resposta bioquímica.

A terapia fármaco-convulsiva foi introduzida em Budapeste em 1934 por Ladislas Meduna: induzia convulsões por meio de injeções intramusculares de cânfora oleosa em clientes portadores de esquizofrenia. Em 1938, foi feita a primeira eletroconvulsoterapia pelos psiquiatras italianos Ugo Cerletti e Lucio Bini em Roma, que modificaram a técnica trocando o agente convulsivante químico por corrente elétrica.

No Brasil é um tratamento pouco utilizado. Deve ser feito segundo os padrões internacionais: anestesia, incluindo o consentimento esclarecido, de modo a diminuir os efeitos indesejados e se otimizar a eficácia. É feito segundo os padrões exigidos (HC – FMRP/USP). No Brasil atualmente há clínicas em que se faz o ECT de forma adequada e até em hospitais escolas Hospital da Clínica (RP e SP) e UNIFESP.

A estimulação magnética transcraniana (EMT) é uma técnica de estimulação cerebral não invasiva. Foi reintroduzida e desenvolvida para diagnóstico de transtornos neurológicos, pois induz respostas motoras pela estimulação magnética do córtex motor diretamente.

Uma vez que há evidência de que a EMT pode aumentar ou diminuir a excitabilidade cortical pode se tornar um instrumento diagnóstico terapêutico em vários transtornos neuropsiquiátricos, passa a existir a possibilidade de normalizar e da inibição intra cortical nos transtornos de deficiência de atenção com ou sem hiperatividade, tiques, transtorno obsessivo-compulsivo.

Depressão, transtorno bipolar, esquizofrenia e alguns transtornos de ansiedade poderão beneficiar-se da EMT como instrumento terapêutico.

A indução magnética utilizada na EMT se dá independente da montagem ou do meio material existente. Ou seja, mesmo no vácuo, a variação temporal do campo magnético, processo que dá origem às ondas eletromagnéticas. Como o processo é induzido não há necessidade de procedimentos invasivos, para a instalação de eletrodos ou outros componentes.

7.3.1. Princípios básicos da EMT que favorecem o seu uso clínico

- ① os efeitos são devidos a uma interferência na atividade cerebral ao invés de uma real estimulação;
- ② dois tipos – pulso único e repetitiva;
- ③ os pulsos repetidos têm algumas vantagens em relação ao pulso único – os neurônios que são estimulados por essa técnica repetitiva (EMTr) apresentam descargas freqüentes, gerando, subseqüentemente, um aumento no tempo de refratariedade desses neurônios; pode gerar uma mudança na atividade cortical cerebral da área estimulada por um período prolongado e, portanto, ocasionar efeitos comportamentais.
- ④ a freqüência da EMTr varia entre um estímulo por segundo; quanto maior a freqüência e intensidade de estimulação, maior será a interferência na função cortical durante o período de estimulação; porém seguindo esses efeitos imediatos, as séries de EMTr podem induzir uma modulação na excitabilidade cortical, podendo variar entre a inibição e facilitação da atividade cerebral, dependendo da freqüência e dos parâmetros de EMTr utilizados;
- ⑤ benefícios clínicos em do tratamento da depressão em aproximadamente 40% dos pacientes com depressão maior refratários à medicação antidepressiva;

7.4 Indicações

A ECT é ultrapassada? Esta pergunta nos remete a questão das indicações do mesmo e da sua eficiência no tratamento da depressão.

Definitivamente o ECT não é ultrapassado. A principal indicação da ECT é o tratamento da depressão, seja ela bipolar ou não; é uma opção nas indicações descritas abaixo; desde que seja administrado de forma ética com anestesia, pessoal treinado e ambiente apropriado. Seus principais efeitos são cognitivos.

Indicações

- Resposta positiva prévia a ECT
- Depressão grave
- Depressão com características psicóticas
- Fracasso de outros tratamentos: não respondem a antidepressivos ou não toleram medicações.
- Contra-indicação de outros tratamentos
- Situações críticas – risco de suicídio: daqueles que se mostram potencialmente suicidas
- Anorexia Grave
- Mania, catatonia e esquizofrenia (2ª escolha)

NOTA: Geralmente, o cliente só é encaminhado a ECT quando houver uma combinação de fatores, como diagnóstico, gravidade da doença, história clínica e preferência do cliente, avaliando-se riscos e benefícios dos possíveis tratamentos. Somente o diagnóstico por si só não representa uma indicação para a ECT.

Atualmente, no mundo todo, a terapia eletroconvulsiva **não** é o tratamento de primeira linha da depressão. Ela se reserva para casos muito especiais, tais como os enumerados no quadro (a indicação para depressão psicótica é só nos casos em que tenha fracassado todos os demais tratamentos) ou para situações especiais, (intolerância medicamentosa ou comorbidade com doença somática em que os psicofármacos estão contra-indicados).

7.5 Contra-indicações

A ECT apresenta uma única contra-indicação absoluta: o aumento da pressão intracraniana (por um tumor cerebral, acidente vascular cerebral recente ou outra lesão vascular cerebral). Outras condições que colocam os clientes em grave risco incluem distúrbios cardiovasculares, aneurismas da aorta ou cerebrais, hipertensão grave, osteoporose grave, doenças pulmonares agudas e crônicas.

7.6 Descrição do procedimento**Técnica**

Trata-se de um procedimento complexo, que deve ser realizado por uma equipe especialmente treinada. A equipe mínima deve constar de um psiquiatra, um anestesista, um enfermeiro e auxiliares de enfermagem. O local requer três salas (espera, tratamento e recuperação). A duração (deve ser de pelo menos 25 segundos) da convulsão. A dose do estímulo varia de acordo com o limiar convulsivo de cada indivíduo e da posição dos eletrodos. O sucesso do tratamento depende da ocorrência da convulsão tônico-clônica: a fase tônica da crise dura geralmente de 10 a 15 segundos, sendo identificada por uma extensão plantar rígida dos pés; a fase clônica sobrevém em seguida e caracteriza-se geralmente por movimentos rítmicos dos músculos (os movimentos são mínimos devido à administração de um relaxante muscular antes do tratamento, podem ser observados unicamente como abalos rítmicos dos pés) que diminuem em frequência e acabam por desaparecer por completo. Para transtornos do humor, é necessário geralmente de 6 a 12 sessões administradas, geralmente, em dias alternados, duas a três vezes por semana. Devem ser realizadas no hospital quando os casos necessitam de observação e cuidado atentos (suicidas, agitados delirantes, catatônicos ou em mania aguda) ou numa instituição ambulatorial para clientes com menor risco.

7.7 Efeitos colaterais

Para a APA, os efeitos colaterais da ECT mais comuns são distúrbios de memória, confusão mental e cefaléia, principalmente na primeira semana de ECT. Efeitos colaterais surgem logo após a aplicação do eletrochoque (dores musculares, sonolência, fraqueza, anorexia, amenorréia, cefaléia e náuseas). Os dois últimos podem ocorrer mesmo durante o tratamento e respondem bem a medicamentos sintomáticos. Costumam ser transitórios e benignos, relacionado à convulsão em si, à anestesia, à associação de substâncias que interferem no limiar convulsivo ou a doenças concomitantes.

7.8 Cuidados de enfermagem

O papel do enfermeiro na ECT inclui o apoio e os cuidados antes, durante e depois do tratamento ao cliente, seus familiares e à equipe de saúde. O processo de enfermagem proporciona uma abordagem sistemática à provisão de cuidados ao cliente recebendo ECT.

7.8.1 Histórico de Enfermagem**Educação e apoio emocional**

Os cuidados de enfermagem começam tão logo o cliente e sua família tenham recebido a opção de tratamento com ECT ou EMT. Inicialmente, um papel importante para o enfermeiro é permitir que o cliente expresse seus sentimentos, incluindo quaisquer mitos ou fantasias sobre a ECT. Os clientes podem relatar o medo da dor, de morrer por eletrocução, de sofrer perda permanente da memória ou de ter um prejuízo do funcionamento intelectual. À medida que temores e preocupações são revelados, o enfermeiro pode esclarecer equívocos e salientar o valor terapêutico do procedimento. Apoiar o cliente e a família em sua necessidade de discutir, questionar, explorar seus sentimentos e preocupações sobre a ECT deve ser um componente essencial dos cuidados de enfermagem, antes, durante e depois do tratamento.

Tendo o cliente e a família expressado seus sentimentos, o enfermeiro dar as informações e fazer as orientações sobre a ECT, levando em consideração a ansiedade do cliente, seu interesse para aprender e sua capacidade para compreender. Deve-se revisar com ambos as informações que receberam do médico envolvendo o procedimento e responder a quaisquer

dúvidas que possam ter sobre essas informações. Também deve atentar para comportamentos específicos do cliente que a família associa com sua doença e determinar se o cliente ou alguém da família já recebeu ECT. Informações a respeito de experiências passadas com a ECT ajudam o enfermeiro a identificar, conhecimentos, convicções e preconceitos e expectativas familiares sobre a doença e o tratamento com ECT. Estimular o cliente a falar com outras pessoas que tenham obtido benefício da ECT. Perguntas abertas podem auxiliar o enfermeiro a identificar e corrigir informações incorretas e abordar preocupações específicas que o cliente e a família possam ter sobre o procedimento. Essas ações de enfermagem podem ampliar a capacidade da família de oferecer apoio ao cliente no decorrer do tratamento e, portanto, aliviar a ansiedade do cliente.

Vários outros meios podem ser usados para oferecer informações ao cliente e à família sobre a ECT (Textos, vídeo. Visitar a sala de tratamento. Pode ajudar na familiarização com a área física, com o espaço e o equipamento). Deve-se incentivar que alguém da família esteja presente antes e após a ECT, principalmente durante as primeiras sessões, se o cliente e a família assim o desejarem.

Em resumo:

- ② Utilizar perguntas abertas, pois podem dar ao profissional a oportunidade de identificar e corrigir informações incorretas e abordar preocupações específicas que o cliente e a família possam ter sobre o procedimento.
- ② Usar meios para suplementar o ensino ao cliente e à família sobre ECT, incluindo materiais escritos e vídeo.
- ② Visita a sala de tratamento pode ajudar o cliente a familiarizar-se com a área física, o procedimento e o equipamento.
- ② Estimular o cliente a falar com outros clientes que obtiveram benefício da ECT pode ser bastante útil.
- ② Incentivar a flexibilidade nos arranjos familiares, particularmente durante as primeiras sessões do cliente, permitindo a presença da família antes e após a ECT se o cliente e seus familiares assim o desejarem (isso serve para aliviar a ansiedade e as preocupações sobre o tratamento).
- ② Se a família não puder ou não desejar estar presente antes e após a sessão, o enfermeiro deverá entrar em contato com ela após as sessões para oferecer informações e descrever a resposta do cliente. Também deve incentivar a família a discutir mudanças que observou ou as dúvidas que surgiram durante todo o tratamento.
- ② Embora não seja necessário, na sala de tratamento deve ter um carrinho com desfibrilador para uso no caso de uma emergência.
- ② Assegurar a obtenção do consentimento informado por parte do cliente e que esteja no prontuário do mesmo. Se a depressão for grave e o cliente for claramente incapaz de consentir com o procedimento, pode-se obter a permissão de familiares ou outros indivíduos legalmente responsáveis. É obtido unicamente após o cliente e o indivíduo responsável acusar conhecer o procedimento, incluindo os possíveis efeitos colaterais e os riscos potenciais envolvidos.

7.8.2 Diagnóstico de Enfermagem

A identificação das necessidades do paciente deve compreender a avaliação contínua antes, durante e depois do tratamento.

- ② Avalie o grau de depressão e ansiedade do cliente
- ② Avalie a preocupação do cliente e seus familiares em relação à ECT
- ② Diagnostique as necessidades de enfermagem (ansiedade, conhecimento deficiente, risco de lesões e déficit do autocuidado, etc).

7.8.3 Planejamento/Implementação

a) Cuidados de Enfermagem Pré-Procedimento

- Realizar avaliação de protocolo pré-tratamento: realizar consultas apropriadas, o exame físico completo do cliente, incluindo uma avaliação exaustiva do estado cardiovascular (ECG) pulmonar (exame radiográfico), e neurológico (tomografia computadorizada) assim como verificar quaisquer anormalidades em testes laboratoriais do sangue e da urina.
- Garantir que o equipamento e os suprimentos sejam adequados e funcionais.
- Avaliar e determinar: o humor do cliente e seu nível de interação com os outros; evidências de ideação ou planos de suicídio; nível de ansiedade e temores associados a submeter-se a ECT; padrões de pensamento e comunicação; condição atual da memória recente e remota; conhecimento por parte do cliente e familiares das indicações, efeitos colaterais e riscos potenciais relativos a ECT; uso atual e passado de medicações; sinais vitais basais e história de alergias; capacidade do cliente em executar as atividades da vida cotidiana.
- Não deixe o cliente se alimentar nem ingerir líquidos pelo menos 4 horas antes da ECT. Uma vez que a ECT se assemelha a um procedimento cirúrgico, a preparação do cliente é similar. A anestesia geral é necessária, o cliente não deve ingerir líquidos de 4 a 8 horas antes do tratamento para evitar uma possível aspiração. Algumas instituições orientam no sentido de que o cliente seja colocado em estado de jejum desde a meia-noite anterior ao dia do tratamento pois as sessões de ECT são feitas, geralmente, pela manhã.
- Nos casos em que o cliente recebe rotineiramente medicamentos cardíacos, agentes anti-hipertensivos ou bloqueadores H₂, administrar essas drogas várias horas antes da sessão com pouca quantidade de água.
- O cliente deve usar roupas confortáveis, incluindo roupas de rua, pijamas ou um avental hospitalar desde que essas possam ser abertas pela frente para facilitar a colocação do equipamento de monitoramento.

- Antes da sessão da ECT, lembrar o cliente de evacuar e remover próteses dentárias, óculos, lentes de contato e dispositivos de audição. Os cabelos do cliente devem estar limpos e secos, para um ótimo contato com os eletrodos; grampos de cabelos, tiaras, passadores e outros ornamentos para a cabeça também devem ser removidos para a colocação dos eletrodos. Estabeleça e registre os sinais vitais basais. O cliente deve permanecer no leito com as grades laterais levantadas.
- Aproximadamente 30 minutos antes da sessão da ECT, administrar a medicação pré-tratamento prescrita pelo médico. A prescrição habitual é de sulfato de atropina ou glicopirrolato aplicado por via intramuscular. Esses medicamentos são administrados para diminuir as secreções orais e minimizar as bradiarritmias, em resposta à estimulação elétrica.
- Permanecer ao lado do cliente para ajudar a aliviar os temores e a ansiedade. Manter uma atitude positiva em relação ao procedimento e encorajar o cliente a verbalizar sentimentos.

b) Cuidados de enfermagem durante o procedimento

Levar o cliente à sala de tratamento em cadeira de rodas, dependendo da necessidade individual, acompanhado por um enfermeiro com quem o cliente se sinta à vontade. O cliente deve ser apresentado a cada membro da equipe e receber uma breve explicação do papel de cada um deles durante a sessão da ECT.

- O cliente deve subir na maca com ajuda da equipe e tirar calçados e meias. Permanecer em posição de decúbito dorsal, assim será possível a colocação do esfigmomanômetro em um tornozelo e a clara observação das extremidades do cliente durante o tratamento. O manguito pode ser colocado na parte inferior da perna e inflado acima da pressão sistólica antes da injeção. Uma vez que o cliente esteja confortavelmente posicionado na maca, um membro da equipe de anestesia insere em acesso venoso periférico, um relaxante muscular (geralmente é dado por via endovenosa para impedir contrações musculares fortes). O enfermeiro e outros membros da equipe colocam leads para vários monitores. Um membro da equipe deve explicar o procedimento enquanto isto ocorre.
- A medida que o relaxante muscular faz efeito, o anestesista oferece oxigênio pela máscara ao paciente.
- Assegurar que as vias aéreas se mantenham abertas. Proporcionar sucção se necessário.
- Observar leituras dos monitores de sinais vitais e funcionamento cardíaco.
- Embora a maioria dos músculos esteja completamente relaxada, os músculos mandibulares são estimulados diretamente pela ECT, fazendo com que os dentes se cerrem criando a necessidade de colocar um dispositivo protetor ou bloco de mordedura, na boca do cliente antes do estímulo elétrico. Apoiar firmemente o queixo do paciente contra o protetor de mordedura durante a passagem do breve estímulo elétrico.
- Dar apoio aos braços e pernas do cliente durante a convulsão. Não forçar.
- Observar e registrar o tipo e a quantidade dos movimentos induzidos pela convulsão generalizada, cujas manifestações motoras podem ser observadas apenas no pé com torniquete. Uma convulsão que dura de 30 a 60 segundos geralmente é considerada adequada para a produção de efeito terapêutico.

c) Cuidados de Enfermagem Pós-Procedimento

Depois do tratamento, o anestesista continua a oxigenar o cliente até retornarem as respirações espontâneas. Muitos clientes despertam dentro de 10 ou 15 minutos após o ECT e mostram-se confusos e desorientados. Outros dormem durante 1 a 2 horas após a sessão. Todos os clientes precisam ser observados atentamente neste período pós ECT imediato. Por isso, a sala de recuperação deve ser adjacente à sala de procedimento para oferecer facilidade de acesso à equipe de anestesia no caso de uma emergência. Esta sala deve conter materiais e equipamentos para atendimento de emergência.

- Monitorar o pulso, respiração e pressão arterial a cada 15 minutos na primeira hora, período em que o paciente deve permanecer no leito.
- Posicionar o cliente de lado para evitar a aspiração.
- Orientar o cliente quanto ao tempo e local.
- Descrever o que ocorreu.
- Dar tranquilidade de que qualquer distúrbio da memória que o cliente possa estar apresentando é apenas temporário.
- Possibilitar ao cliente verbalizar temores e ansiedades relativos a ECT.
- Permanecer com o cliente até que ele esteja plenamente desperto, orientado e capaz de executar as atividades de cuidar de si mesmo sem auxílio.
- Transferir o cliente da maca para cadeira de rodas (quando os sinais vitais e o estado mental tiverem retornado a um nível aceitável) para levá-lo da área de recuperação ou para o quarto, utilizando o cinto de segurança da cadeira. Se o cliente desejar, pode ir andando até seu quarto, acompanhado.
- Dar ao cliente um esquema de atividades de rotina muito bem estruturado para diminuir a confusão.

Quadro – Resumo das intervenções de enfermagem para o cliente submetido a ECT

-
- Educar com relação à ECT, incluindo procedimentos e efeitos esperados; ensinar a família sobre o tratamento.
 - Incentivar a expressão de sentimentos pelo cliente e família; reforçar ensinamentos após cada sessão.
 - Verificar equipamento de emergência antes do procedimento.
 - Manter o estado de jejum várias horas antes do tratamento.
 - Remover objetos potencialmente perigosos.
 - Verificar sinais vitais.
 - Manter vias aéreas abertas.
 - Ajudar na deambulação.
 - Oferecer analgesia ou antiemético quando necessário.
 - Permanecer com o cliente e oferecer apoio antes e durante e depois o tratamento. Manter a privacidade do cliente durante e após o tratamento. Reorientar o cliente. Ajudar os familiares a compreenderem o comportamento relacionado com a amnésia e a confusão.
-

Fonte: Stuart e Laraia, 2002.

Com essas observações e julgamentos clínicos, o enfermeiro torna-se um participante ativo no processo de tomada de decisões envolvendo a doença do cliente e o plano de cuidados proposto. A equipe deve avaliar, em conjunto, as questões referentes ao tratamento do cliente.

7.8.4 Evolução

A evolução da eficácia das intervenções de enfermagem se baseia em alcançar os objetivos projetados. A reavaliação pode ser baseada em algumas questões?

- A ansiedade do cliente foi mantida em um nível controlável?
- A instrução do cliente/familiares foi completada satisfatoriamente?
- O cliente/sua família verbalizou compreender o procedimento, seus efeitos colaterais e os riscos envolvidos?
- O cliente recebeu o ECT sem apresentar lesões ou aspiração?
- O cliente manteve perfusão tecidual adequada durante e após o tratamento? Os sinais vitais permaneceram estáveis?
- Levando-se em consideração a condição do cliente e sua resposta ao ECT está reorientado quanto ao tempo, espaço e situação?
- Todas as necessidades de cuidar de si (cliente) foram atendidas?
- O cliente está participando das atividades terapêuticas em seu potencial máximo? Qual é o nível de interação social do cliente?

Uma parte importante do processo de avaliação é a documentação cuidadosa. Devem ser registradas observações de rotina, assim como, descrições detalhadas das alterações de comportamento que são essenciais para se avaliar as melhoras e ajudar a determinar o número de sessões a serem administradas. A avaliação, o planejamento e a análise asseguram que o cliente venha receber um cuidado de enfermagem adequado e eficiente durante todo o tratamento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ISAACS, A I. Modalidades Terapêuticas: Terapias Somáticas. In: Saúde mental e enfermagem psiquiátrica: série de estudos em enfermagem. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. Cap. 15. p. 159 – 175.

LAFER, B.; ALMEIDA, O P.; FRÁGUAS Jr. R.; MIGUEL, E. C. Eletroconvulsoterapia. In: Depressão no ciclo da vida. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. cap. 21, p. 213-225.

MARCOLIN, M.A. Estimulação magnética transcraniana. Rev. Psiq. Clín., v. 31, n. 5, p. 209-266, 2004.

OPAS/OMS. Módulo para la capacitación de la enfermera general en la identificación y manejo de los transtornos afectivos. Programa de Salud Mental. División de Promoción de la Salud, 1999. p. 60.

RUSSEL, P.S.; THARYAN, P.; KUMAR, A.R.; CHERIAN, A. Electro convulsive therapy in a pré-pubertal child with severe depression. Journal of Postgraduate Medicine. v. 48, Issue 4, p. 290-291, 2002.

SOUZA, F.G.M. Tratamento da depressão. Rev Bras Psiquiatr. Depressão. Vol. 21, mai 1999. p.18-23.

STUART, G. W. LARAIA, M.T. Psicofarmacologia. In: Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática. 6 ed. Porto alegre: Artemd, 2001. cap 27. p. 607-639.

TAYLOR, Cecelia M. Indivíduos com transtornos do humor. In: Fundamentos de enfermagem psiquiátrica de Mereness. 13 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. cap. 16, p. 202-230.

TOWNSEND, M. C. Psicofarmacologia. In: Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap 19. p. 232-255.

Tarefas a serem enviadas do módulo 7 – Exercícios de Fixação

1. O que é o ECT e o EMT?
2. Identifique as indicações e contra-indicações da ECT.
3. Quais os cuidados de enfermagem na ECT?

Módulo 8

Suicídio

8.1 Apresentação

Neste módulo você conhecerá a mais grave complicação dos transtornos do humor. Este tem sido tratado como um sintoma da depressão quando na verdade pode ser um problema que coexiste com a depressão. O suicídio não é um diagnóstico nem um distúrbio; é um comportamento. Você conhecerá as respostas adaptadas e desadaptadas de autoproteção e comportamento suicida, os dados epidemiológicos, os fatores predisponentes apontados como colaboradores para o ato suicida, assim como, diferenças entre os fatos e as fábulas relativas ao mesmo. Você conhecerá os fatores que devem ser considerados na avaliação do risco do suicídio.

8.2 Objetivos específicos

No final deste módulo, você deverá ter alcançado os seguintes objetivos:

1. Descrever o continuum de respostas adaptadas e desadaptadas de autoproteção e comportamentos associados com respostas de autoproteção.
2. Discutir dados epidemiológicos relacionados ao suicídio.
3. Identificar os fatores predisponentes que contribuem para a etiologia do suicídio.
4. Diferenciar fatos e mitos relativos ao suicídio.
5. Descrever os fatores a serem considerados na avaliação do risco do suicídio.

8.3 O continuum de respostas adaptadas e desadaptadas de autoproteção

A proteção e a sobrevivência são necessidades fundamentais de todos os seres vivos. No *continuum* de respostas de autoproteção, a resposta mais adaptada seria o auto-aperfeiçoamento, enquanto o comportamento autodestrutivo indireto, ferimentos auto-infligidos e o suicídio seriam as respostas desadaptadas. O comportamento autodestrutivo direto inclui qualquer forma de atividade suicida, como ameaças, tentativas e gestos suicidas, bem como o suicídio consumado. O comportamento autodestrutivo direto é qualquer atividade prejudicial ao bem-estar físico do indivíduo, que possa resultar potencialmente em morte, tais como, transtornos alimentares, abuso de álcool e outras drogas, direção imprudente, jogos e atividades criminais, comportamento com desvios sociais, comportamento de busca do estresse, participação em esportes de alto risco e falta de adesão ao tratamento médico.

A vida é caracterizada pelo risco. As pessoas escolhem a quantidade de perigo a que estão dispostas a expor-se. Algumas dessas escolhas são conscientes e racionais. Por exemplo, a pessoa idosa que decide permanecer em casa em um dia de muita chuva optou por não se arriscar a cair e possivelmente fraturar um osso. Outros comportamentos de aceitação de riscos são inconscientemente determinados. Por exemplo, os soldados que se apresentam como voluntários para uma missão suicida provavelmente não estão conscientes de sua motivação. De modo geral, as pessoas passam pela vida aceitando alguns riscos como parte da rotina diária, evitando cuidadosamente outros riscos.

Apesar da vida oferecer muitos riscos, a maioria das sociedades tem normas que definem o grau de perigo ao qual as pessoas estão expostas. Essa norma varia de acordo com a idade, sexo, situação socioeconômica e ocupação. Geralmente, os muito jovens, os idosos e as mulheres são o que mais precisam ser protegidas do perigo. Os atletas, os militares, as pessoas com profissões perigosas, são admirados. Entretanto, para aqueles que se engajam em comportamentos potencialmente autodestrutivos são dirigidos sentimentos de grande ambivalência. Os sentimentos de admiração podem ser acompanhados, ao mesmo tempo por medo e perplexidade acerca do comportamento do perigo. Por exemplo, as atitudes para com o tabagismo são variadas, pois fumar pode ser visto como um comportamento maduro, denotando sofisticação e aceitação social, porém é um comportamento que causa alienação social, doenças e demonstra falta de consideração para com os outros e causa doenças sendo portanto auto-destrutivo.

Mais de 90% dos indivíduos que cometem o suicídio estão psicologicamente doentes. O Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos advertiu que quase todas as pessoas que se matam têm uma disfunção mental ou está sob efeito de abuso de substância. Seria extremamente útil introduzir a idéia e tornar as pessoas conscientes de que o suicídio é, em geral, resultado de uma doença mental tratável.

8.4 Comportamento suicida

O comportamento suicida pode ser dividido nas categorias: ameaças de suicídio, tentativas de suicídio e suicídio consumado. Além disso, certas tentativas de suicídio podem ser chamadas de gestos suicidas. O gesto é uma tentativa de suicídio, sem a destruição real de si mesmo, com o objetivo de chamar a atenção. Porém é questionável o uso desse termo, pois insinua que se trata apenas de um comportamento de busca de atenção, que não deve ser levado a sério. Isso não é verdade. Qualquer comportamento suicida é sério e precisa ser considerado como tal, não importando a sua intenção. Portanto, os gestos suicidas estão incluídos na categoria geral das tentativas de suicídio.

Vejamos alguns pontos importantes sobre a ameaça, a tentativa de suicídio e o suicídio consumado:

1. **Ameaça de suicídio**
 - a. Pode ser velada mas, geralmente, precede a atividade suicida.
 - b. Podem ser feitas colocações do tipo: “Será que você lembrará de mim, quando eu morrer?” ou “Tome conta da minha família por mim”.
 - c. Comunicações não-verbais revelam a ameaça de suicídio: distribuição de objetos de valor, realização de testamento, arranjos para um funeral, afastamento sistemático de todas as amizades e das atividades sociais.
 - d. Ocasionalmente, pode ser feita uma ameaça verbal e direta de suicídio, mas isso ocorre com menor frequência.
 - e. Indicações de ambivalência geralmente estão presentes no comportamento suicida.
 - f. A ameaça representa a esperança de que alguém perceba o perigo e proteja o indivíduo de seus impulsos autodestrutivos.
 - g. Pode ser um esforço para descobrir se alguém se preocupa o suficiente para evitar que a pessoa faça algum mal a si mesma.
2. **Tentativas de suicídio**
 - a. Incluem quaisquer atos dirigidos contra a própria pessoa que levarão à morte, se não forem interrompidos.
 - b. Na avaliação do comportamento suicida é dada muita ênfase à letalidade do método utilizado.
 - c. Todas as ameaças e tentativas devem ser levadas a sério, porém uma atenção mais vigorosa e vigilante é indicada quando a pessoa está planejando ou tenta um método altamente letal (arma de fogo, enforcamento ou saltar de um lugar alto).
 - d. A pessoa com maior possibilidade suicida é aquela que planeja uma morte violenta (como um tiro na cabeça), tem um plano específico (por exemplo, logo que a esposa sair para compras) e tem o meio prontamente disponível (como uma arma carregada numa gaveta).

Suicídio consumado

- e. Pode ocorrer depois que os sinais de alerta foram ignorados ou menosprezados.
- f. Algumas pessoas não dão qualquer sinal de alerta facilmente reconhecível.
- g. Pessoas importantes na vida do suicida, incluindo os sobreviventes, têm muitas emoções acerca desse comportamento.
- h. Existe um elemento de hostilidade no comportamento suicida.
- i. Frequentemente, há mensagem para as outras pessoas (explícita ou implícita) tipo: “Você deveria ter se preocupado comigo”.
- j. Ocasionalmente, quando o indivíduo sobrevive à tentativa, essa mensagem pode ser transmitida de um modo manipulador.
- k. É importante tratar essas tentativas com seriedade e ajudar o cliente a desenvolver padrões mais saudáveis de comunicação.
- l. As pessoas que não pretendem morrer podem acabar realmente morrendo, se não forem descobertas a tempo.
- m. Quando o suicídio é consumado, restam aos sobreviventes muitas emoções que não podem ser comunicadas ao objeto envolvido, a pessoa falecida. Isso pode levar a uma reação de luto não-resolvido e à depressão e ou sentimento de culpa.
- n. O indivíduo suicida pode ter muitos comportamentos clínicos diferentes: perturbações do humor, queixas somáticas. A falta de esperanças pode ser mais importante do que a depressão, para explicar a ideação suicida.
- o. Durante a anamnese, deve-se prestar atenção especial ao exame do estado mental e à história psicossocial e avaliar perdas recentes, os estresses da vida e o uso e abuso de substâncias.
- p. Contrariamente ao senso comum, perguntar diretamente a pessoa sobre o pensamento e os planos suicidas não a incentiva ao suicídio: a maioria das pessoas deseja que alguém impeça a execução de sua autodestruição, a maioria se sente aliviado quando alguém pergunta sobre esses sentimentos.
- q. Uma das perguntas mais importantes aos clientes suicidas é se eles pensam que podem controlar seu comportamento ou se conseguem deixar de agir se tiver impulsos suicidas. Se se verificar a falas descontroladas a hospitalização psiquiátrica imediata é indicada.
- r. Pode-se utilizar uma ferramenta de avaliação (teste) para explorar as respostas de autoproteção.

8.5 Fatores epidemiológicos

O suicídio é **mais disfarçado e camuflado** que a depressão, sendo **espantosamente comum**.

Nos Estados Unidos é considerada uma grave questão de saúde pública da qual se desviam os olhares pelo desconforto que causa. A cada 17 minutos, alguém comete suicídio. Foi estabelecido como a nona causa de morte entre adultos, a terceira causa de morte de americanos abaixo de 21 anos (adolescentes) e a segunda para estudantes de faculdade. Embora haja alto índice de suicídios entre adolescentes, a maior taxa de efetivação está entre homens com mais de 65 anos. Os homens brancos com mais de 50 anos representam o maior número dessas mortes. Há tendência em supor que o suicídio nos idosos é mais racional, mas na verdade ele é frequentemente consequência de perturbações mentais. Além do suicídio explícito, muitos idosos se engajam em comportamentos suicidas crônicos: escolhem não se alimentar nem se cuidar, deixando seus corpos entrarem em colapso. Segundo a Organização Mundial de Saúde o suicídio foi o responsável por quase 2% das mortes no mundo. Uma em cada cinco pessoas com depressão farão uma tentativa de suicídio.

Sua incidência na população geral é de 313 por 100 mil habitantes. O número real de suicídios pode ser de duas a três vezes mais alto, uma vez que nem todos os casos são notificados. Além disso, muitos acidentes envolvendo um único veículo e homicídios são, na verdade, suicídios. Uma alta proporção das pessoas que se suicidam ou que tentam suicidar-se, sofrem de algum transtorno psiquiátrico.

Comete-se suicídio com mais frequência as segundas-feiras, mais entre o final da manhã e o meio-dia e a estação preferida é primavera. As mulheres têm uma alta taxa de suicídio durante a primeira e a última semana do ciclo menstrual e uma baixa taxa durante a gravidez e no primeiro ano após o nascimento do bebê.

8.6 Fatores de risco

A propensão ao suicídio é determinada pela **somatória** de alguns **desses fatores**: personalidade, genética, infância e criação, alcoolismo ou abuso de substância, doença crônica e nível de colesterol, estresse, estado civil, sexo, idade, religião, situação socioeconômica, etnia.

O tipo que mais conduz ao suicídio é a depressão oriunda do estresse. No primeiro episódio depressivo o indivíduo é especialmente propenso a tentar suicídio; a pessoa que passou por alguns episódios depressivos em geral aprendeu a atravessá-los. Tentativas prévias de suicídio compõe o fator de risco mais forte na previsão do suicídio: cerca de um terço das pessoas que se matam já tentou antes; 1% dos que já tentaram completará o suicídio dentro de um ano; 10% se matarão dentro de dez anos. Há aproximadamente 16 tentativas para cada suicídio concretizado. Além dos transtornos do humor são apontados mais dois amplos diagnósticos psiquiátricos que colocam as pessoas em um risco particular de suicídio: abuso de substâncias e esquizofrenia.

Algumas tendências úteis podem ser identificadas. Pessoas com histórico na família são muito mais propensas a se matar. Isso provavelmente ocorre em parte porque os suicídios na família tornam possível o impensável. Também ocorre porque a dor de viver quando alguém que se ama aniquilou-se pode ser quase intolerável. Um estudo sugere que três quartos dos suicídios realizados são cometidos por pessoas que sofrem um trauma na infância causado pela morte de alguém de quem eram próximos o pai ou a mãe. A incapacidade de processar essa perda tão cedo na vida leva a uma incapacidade de processar a perda de modo geral. Parece óbvio que quanto mais a pessoa perde, mais probabilidade tem de se destruir, caso não haja compensações. Num nível presumivelmente genético, ocorre na mesma família. Suicídio gera o suicídio também na sociedade: o contágio é incontroverso; se uma pessoa comete suicídio, um grupo de amigos ou pares com frequência o seguirá. Isso é especialmente verdadeiro entre os adolescentes. É mais comum entre aqueles com alto desempenho do que entre seus pares menos ambiciosos. Assim como são usadas as mesmas localidades repetidamente. Sempre que uma história importante de suicídio irrompe na mídia, a taxa de suicídios sobe.

A taxa de suicídio pode ser contida por fatores externos que são nitidamente mais baixas em lugares onde armas e barbitúricos são difíceis de conseguir. A tecnologia moderna tem tornado o suicídio mais fácil e menos doloroso e isso é extremamente perigoso. A técnica pode variar dependendo da localidade, idade e situação. Os Estados Unidos são o único país do mundo onde o principal meio usado para o suicídio são as armas. Na China, uma enorme quantidade de mulheres comete suicídio comendo pesticidas tóxicos e fertilizantes por serem prontamente disponíveis. A auto-análise e a ruminação podem levar ao suicídio, o que ocorre frequentemente entre artistas e outras pessoas criativas. Porém a taxa é também alta entre homens de negócios de sucesso: parece que algumas das qualidades que explicam o sucesso também explicam a inclinação ao suicídio. Cientistas, compositores e executivos de alto nível são cinco vezes mais propensos a se matar do que a população em geral; escritores, especialmente poetas, têm ainda mais alta taxa de suicídio. Aproximadamente um terço de todos os suicídios e um quarto de todas as tentativas são cometidos por dependentes do álcool. Aqueles que tentam o suicídio durante a época em que estão bebendo ou consumindo outras drogas são muito mais propensos a ser bem sucedidos do que os que estão sóbrios. Quinze por cento dos dependentes do álcool graves se matam.

8.7 Fatos e mitos a respeito do suicídio

Ao longo dos anos tem havido confusão em relação à realidade de diversas noções do suicídio. Na tentativa de esclarecer esses conceitos são apresentados alguns fatos e mitos no Quadro 1.

Quadro 1 - Fatos e mitos a respeito do suicídio

<p>MITOS</p> <p>As pessoas que falam em suicídio não cometem o suicídio. O suicídio acontece sem aviso</p> <p>Não se pode impedir uma pessoa de suicidar-se. Ela tem toda sua mente voltada para morrer.</p> <p>Uma vez suicida, sempre suicida.</p> <p>A melhora de uma depressão grave indica que o risco de suicídio já passou.</p> <p>O suicídio é hereditário, ou “ocorre em famílias”.</p> <p>Todos os indivíduos suicidas são doentes mentais e o suicídio é o ato de uma pessoa psicótica.</p> <p>As ameaças e os gestos suicidas devem ser considerados comportamentos manipuladores para chamar a atenção e não devem ser tomados a sério.</p> <p>As pessoas geralmente cometem o suicídio tomando uma dose excessiva de drogas.</p> <p>Caso já tenha tentado suicídio, o indivíduo não vai fazer isso novamente.</p>	<p>FATOS</p> <p>Oito em cada dez pessoas que se matam deram indicações e avisos definitivos quanto a suas intenções suicidas. Indicações muito sutis podem ser ignoradas ou não consideradas pelos outros.</p> <p>Muitas pessoas suicidas mostram-se ambivalentes quanto aos sentimentos relativos a viver ou morrer. Muitas estão “brincando com a morte” e vêem isso como um pedido de socorro a alguém.</p> <p>As pessoas que querem se matar só apresentam tendências suicidas por um período limitado. Caso se recuperem dos sentimentos de autodestruição, elas passam a levar uma vida normal.</p> <p>Muitos suicídios ocorrem cerca de 3 meses após o início das “melhoras”, quando o indivíduo já tem energia necessária para levar a cabo uma tentativa de suicídio.</p> <p>O suicídio não é hereditário. É um problema individual e pode ser evitado. No entanto, o suicídio de um parente próximo aumenta o fator de risco de um indivíduo.</p> <p>Embora sejam extremamente infelizes, as pessoas suicidas não são necessariamente psicóticas ou portadoras de alguma outra doença mental. Elas simplesmente não conseguem naquele momento ver uma solução alternativa ao que consideram ser um problema insuportável.</p> <p>Todo comportamento suicida deve ser abordado tendo-se em mente a gravidade do ato potencial. Deve-se dar atenção à possibilidade de que o indivíduo esteja fazendo um pedido de socorro.</p> <p>Ferimentos por arma de fogo são a principal causa de morte entre as vítimas de suicídio.</p> <p>De 50 a 80% de todas as pessoas que acabam por se matar têm uma história de uma tentativa anterior.</p>
--	--

8.8 Avaliação do risco de suicídio

A detecção prévia é difícil. Dizer a alguém que ele corre risco de suicídio é muito mais difícil. Os suicídios comumente deixam de ser relatados, em parte porque alguns suicidas disfarçam suas ações e em parte porque os que são deixados para trás não desejam reconhecer a realidade de um suicídio. Sociedades onde o nível de vergonha é mais alto têm menos suicídios comunicados.

A tentativa de suicídio é uma complicação grave, presente nos quadros depressivos. Aos que tentam suicídio repetidas vezes, não lhe importa o desfecho; ao contrário, o risco de que o suicídio seja consumado é cada vez maior nas pessoas que vão tentando várias vezes. A tentativa do suicídio e a sua realização é mais freqüente entre os portadores de transtornos psiquiátricos do que na população geral. Entre estes, a freqüência do suicídio e das tentativas graves de suicídio é maior entre as pessoas afetadas por depressão grave.

O enfermeiro deve considerar na avaliação do cliente os fatores listados a seguir no Quadro 2.

Quadro 2 - Fatores da avaliação do cliente com potencial autodestrutivo**AVALIAÇÃO DAS CIRCUNSTÂNCIAS DE UMA TENTATIVA**

- Evento de vida humilhante precipitou a tentativa
- Perda de apego a posses que tenha estima
- Existência de um plano para auto-eliminar-se
- Ações preparatórias: aquisição de um método, colocação de assuntos em dia, conversas sobre suicídio, doação de objetos de estimação, bilhete de suicídio
- Acesso da pessoa a meios para realizar o suicídio
- Uso de método violento ou de drogas/venenos mais letais
- Compreensão da letalidade do método escolhido
- Precauções contra a descoberta

SINTOMAS APRESENTADOS

- Nível de esperança e apego pela vida
- Falta de esperanças
- Auto-recriminações
- sensações de fracasso e falta de valor
- Humor deprimido
- Agitação e inquietação
- Insônia persistente
- Perda de peso
- Bradilalia, fadiga, retraimento social
- Idéias de morte
- Frequência e conteúdo das idéias suicidas
- Pensamentos e planos suicidas

DOENÇA PSIQUIÁTRICA

- Histórias de tentativas prévias
- Presença de depressão grave
- Transtornos do humor
- Abuso de álcool ou outras drogas
- Transtornos de conduta e depressão em adolescentes
- Demência precoce
- Estados de confusão em idosos

HISTÓRIA PSICOSSOCIAL

- Problemas psicossociais
- Recente separação, divórcio ou luto
- Falta de ligações afetivas
- Vive sozinho
- Falta de uma rede de relações
- Desempregado, mudança ou perda recente de emprego
- Múltiplos estresses de vida (mudança de residência, perda precoce, rompimento de relacionamento importante, problemas na escola, ameaça disciplinar)
- Doença crônica
- Consumo excessivo de álcool ou abuso de substâncias

FATORES LIGADOS À PERSONALIDADE

- Impulsividade, agressividade, hostilidade
- Rigidez cognitiva e negativismo
- Falta de esperanças
- Baixa auto-estima
- Transtorno de personalidade *borderline* ou anti-social

HISTÓRIA FAMILIAR

- História familiar de comportamento suicida
- História familiar de transtorno do humor, alcoolismo ou ambos

Comentários do quadro 2:

- Apesar de que a própria morte seja uma idéia que ocasionalmente qualquer pessoa possa ter, sua persistência deve por em alerta o enfermeiro sobre a possibilidade de que o cliente está em risco de suicidar-se. Algumas vezes a pessoa em risco expressa espontaneamente idéias de morte, porém, geralmente, deve-se perguntar de forma direta. A mesma observação se aplica aos outros pontos deste quadro.
- Quando as idéias suicidas emergem na mente com frequência e seu conteúdo assume detalhes concretos que vão além da idéia vaga de acabar com a própria vida, o risco é maior e as medidas de prevenção deverão ser extremas. A existência de um plano para acabar com a própria vida é um grave indicio de que o cliente está considerando seriamente o suicídio.
- O acesso do cliente a meios para realizar o suicídio (por exemplo, armas de fogo, substâncias tóxicas, etc.) particularmente no lar, aumenta o risco de que a pessoa cometa suicídio. É preciso considerar que alguns dos medicamentos utilizados no tratamento dos deprimidos (os tricíclicos) podem, em doses elevadas, ter conseqüências fatais, razão porque se devem ter precauções extremas, e inclusive trocar de fármaco, quando o cliente tem essas idéias.
- O grau de gravidade da depressão tem relação com o risco de suicídio. Quanto maior a gravidade, maior o risco. Na fase de recuperação de um episódio depressivo, o risco pode aumentar, pois o cliente recobra a energia necessária para executar seus planos.
- Se o cliente abusa de álcool e de outras drogas, a possibilidade de que realize uma tentativa de suicídio é maior.

- Há outros fatores de risco cuja presença aumenta a probabilidade de condutas suicidas. É o caso de problemas psicossociais que não se resolvem, coexistência de uma doença grave ou incapacitante, situações de perda, falta de contatos sociais.
- A perda de apego a pessoas queridas é outro indicador de risco de suicídio que deve ser levado em conta. A evidência de uma situação de desesperança e manifestação de falta de interesse pela vida também merece atenção.

Um indivíduo para pensar sobre sua própria destruição ou realmente destruir-se, precisa ter uma baixa consideração por si mesmo. A baixa auto-estima leva à depressão, sempre presente no comportamento autodestrutivo. Porém, não existe nenhuma correlação forte entre a severidade da depressão e a probabilidade de suicídio. **O suicídio não é o resultado da passividade, é o resultado de uma ação e requer uma grande quantidade de energia e uma vontade forte, além de uma crença na premência do momento atual e pelo menos um toque de impulsividade.** Daí, a necessidade de atenção aos indivíduos em fase de melhora dos sintomas depressivos.

8.9 Estratégias de prevenção do suicídio

Finalmente, os enfermeiros precisam ter conhecimento sobre diversas estratégias importantes que podem ajudar a evitar o suicídio:

- Controle de armas de fogo e menor disponibilidade de armas letais
- Limitações sobre disponibilidade de álcool e de drogas
- Maior consciência do público e profissionais sobre a depressão e do suicídio
- Menor atenção e reforço ao comportamento suicida nos meios de comunicação
- Criação de clínicas de intervenção em crise sediadas na comunidade
- Campanhas para diminuir a discriminação associada com os cuidados psiquiátricos
- Maiores benefícios de seguradoras para transtornos psiquiátricos e de abuso de substâncias

Outras intervenções úteis são as medidas educacionais e os currículos sobre o suicídio. A educação do público e dos provedores de saúde é necessária, para um aumento dos conhecimentos sobre os sinais iniciais de alerta quanto ao comportamento autodestrutivo e para a implementação de estratégias efetivas de tratamento. Informam sobre os sintomas da depressão para estudantes, professores, pais e comunidade. Essas medidas tentam romper com os tabus sobre o suicídio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.) Estratégias de intervenção. In: Textos de Apoio em Saúde Mental. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz, 2003, cap. 4, p. 93-167.

ISAACS, A I. Distúrbios do humor e comportamento suicida. In: Saúde mental e enfermagem psiquiátrica: série de estudos em enfermagem. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. Cap. 6. p. 63-75.

MARCOLAN, J.F. O suicídio como problema mundial de saúde coletiva: aspectos de vigilância em saúde mental. Saúde coletiva. v. 1, n. 3, p. 28-34, set. 2004.

OPAS/OMS. Módulo para la capacitación de la enfermera general en la identificación y manejo de los trastornos afectivos. Programa de Salud Mental. División de Promoción de la Salud, 1999. p.

PINTO, R.C.M.; NASCIMENTO, A.C.R. Depressão: uma abordagem prática. Joinville: Editora Letra Médica, 2000. 158 p.

SOLOMON, A. O demônio do meio-dia: Uma anatomia da depressão. Rio de Janeiro: Objetiva, 2002.

STUART, G. W. LARAIA, M.T. Respostas de autoproteção e comportamento suicida. In: _____. Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática. 6 ed. Porto alegre: Artemd, 2001. cap 20. p. 417-437.

TOWNSEND, M. C. O cliente suicida. In: Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap 16. p. 204-212.

Atividade do módulo 8 – Exercício de Fixação

1. É essencial que todo profissional da área da saúde saiba reconhecer e avaliar o cliente com potencial autodestrutivo. Descreva os principais fatores de avaliação do cliente com potencial autodestrutivo.

2. É importante a prevenção do suicídio. Enumere algumas estratégias que podem evitar o suicídio sugeridas no texto a fim de se prevenir o suicídio.

Módulo 9

O cuidado de enfermagem

9.1 Apresentação

Neste módulo, você poderá identificar as características clínicas e os comportamentos que o indivíduo deprimido pode apresentar. A aplicação do processo de enfermagem junto ao portador de transtorno depressivo pode ser útil.

9.2 Objetivos

- Identificar a sintomatologia associada aos distúrbios depressivos e usar essas informações na avaliação dos clientes.
- Descrever os comportamentos que o enfermeiro mais provavelmente observará em um indivíduo que está passando por um transtorno depressivo.
- Formular diagnósticos de enfermagem que poderão ser aplicados a clientes com transtornos depressivos.
- Identificar tópicos para orientação do cliente e seus familiares relativamente aos transtornos depressivos.
- Descrever prescrições de enfermagem apropriadas para cuidados frente aos comportamentos apresentados pelo portador de depressão.
- Descrever critérios para melhor avaliação do cuidado de enfermagem de clientes deprimidos.
- Analisar as intervenções de enfermagem relacionadas ao indivíduo deprimido.

9.3 Atividades do enfermeiro

Episódios de depressão podem ocorrer em qualquer contexto e podem surgir concomitantemente com outras doenças. O contexto adequado do cuidado para o cliente deprimido depende da gravidade da doença, do sistema de apoio e dos serviços de saúde disponíveis. Esse cuidado pode ocorrer em vários locais: em casa, em um ambulatório, uma unidade de saúde da família ou unidade básica de saúde num hospital, num Centro de atenção psicossocial.

O cuidado de enfermagem apresentado neste módulo foi desenvolvido seguindo as etapas do processo de enfermagem no cuidado ao cliente deprimido.

O Processo de enfermagem constitui há muitos anos o arcabouço sistematizado da prestação de cuidados de enfermagem. Ele é um dos meios que dispõe a enfermagem para atender a necessidade de uma metodologia científica para o exercício da sua profissão.

Vale lembrar que este curso trata dos seguintes transtornos depressivos: transtorno depressivo maior e transtorno distímico. Os dois têm características semelhantes. Os cuidados de enfermagem abordados neste módulo basearam-se nesses possíveis quadros de transtornos depressivos.

Como já foi dito no início deste curso, o enfermeiro, juntamente com os outros elementos (profissionais e técnicos) da equipe de saúde precisa desenvolver ações preventivas de forma efetiva para minimizar o aparecimento de quadros depressivos. Além disso, precisará desenvolver ações efetivas de ajuda e de cuidados sempre que estiver em presença de qualquer quadro depressivo ou com sinais indicativos de depressão. Quanto mais avançado um quadro depressivo, mais demorado ou menor são as oportunidades de melhora e de recuperação do funcionamento social, espiritual, físico, no trabalho e pessoal do indivíduo.

Espera-se assim que a divulgação de conhecimentos sobre os transtornos depressivos através deste curso a distância possa colaborar para o diagnóstico e tratamento precoces, evitando, assim a agudização desse transtorno e os sérios prejuízos decorrentes.

A OPAS (1999) sugere algumas atividades do enfermeiro no cuidado ao cliente portador de depressão em atenção básica tais como apresentadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Atividades do enfermeiro

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Identificar pessoas com transtornos de humor • Promover acolhimento e apoio • Educar e orientar os usuários do serviço de saúde • Estimular o autocuidado, alertar sobre os sintomas • Ampliar a rede de relações na comunidade • Criar e apoiar grupos de auto-ajuda • Encaminhar possíveis casos ao médico geral ou ao psiquiatra • Apoiar os outros pacientes em tratamento • Identificar e proteger o cliente com condutas suicidas |
|---|

Comentários do Quadro 1:

- O enfermeiro deve estar preparado para identificar precocemente as pessoas com transtornos do humor. Para este fim deverá adotar uma atitude de alerta frente à presença de sintomas e sinais indicativos dessa condição.

<p>O enfermeiro deverá sempre considerar que a depressão pode estar mascarada por sintomas somáticos ou que a presença de comorbidade psiquiátrica ou somática pode igualmente desviar sua atenção do quadro depressivo. Deverá considerar que pessoas agitadas também precisam de observação atenta.</p>

- Outras atividades importantes do enfermeiro são acolhimento, a orientação e o apoio, tanto ao portador de depressão como a seus familiares. Deve estar atento aos problemas psicossociais que habitualmente afetam o portador e sua família, prestando apoio psicológico e atenção às necessidades básicas. Deve-se contar com o apoio da assistente social e do psicólogo. Na tarefa de orientação, procurará dissipar as dúvidas que se apresentam a respeito do tratamento e facilitará informação sobre os recursos terapêuticos e de reabilitação disponíveis na comunidade. De importância especial são as ações que se realizam, com o apoio e participação da família, para que a pessoa afetada siga o tratamento prescrito. A família deve ser orientada para observar as reações pessoais, e estar alerta para o perigo de recaída, quando se interrompe o tratamento prematuramente.
- Os trabalhos educativos e de orientação devem ser realizados pelo enfermeiro tanto no meio clínico como na comunidade. Suas atividades se dirigem primordialmente à pessoa enferma e sua família, porém também deve ser desenvolvida na comunidade. Deverá estar capacitada para explicar a enfermidade ao portador e familiares, informando-os sobre o tratamento, suas vantagens e possíveis desvantagens, a duração, a possibilidade de recaídas e recorrências e a maneira de proceder em caso que estas ocorram.
- O enfermeiro deverá lutar contra o estigma das doenças mentais e, com esse fim, deverá abordar o tema com os clientes, seus familiares, assim como poderá promover a abordagem e orientação do tema nas escolas e outros grupos comunitários, convocando sua ajuda. Nestes encontros deve-se ressaltar que as doenças mentais, e particularmente, os transtornos de humor, são suscetíveis de tratamento eficaz e que os clientes podem ter recuperação total. Ressaltará a importância das redes de apoio social e o papel que corresponde à coletividade na recuperação da pessoa afetada.
- A promoção de grupos de auto-ajuda deverá realizar-se desde que o indivíduo inicie um tratamento. Deverá afiliar-se aos que funcionam em sua comunidade e, caso não existam, promover a sua criação. Pode-se fomentar a criação, entre outros, de grupos de clientes e ex-clientes deprimidos, de pessoas maníaco-depressivas, de pais cujos filhos tenham se suicidado, etc. O apoio técnico inicial prestado a estes grupos é de grande valor para seu estabelecimento e persistência.
- A promoção do autocuidado é uma atividade que o enfermeiro deverá por em prática em suas relações com o cliente, a família e a comunidade em geral. Dar ênfase especial na vigilância do estado de ânimo pela própria pessoa e da necessidade de solicitar ajuda nos casos em que os sintomas sejam evidentes. A esse respeito são indicados quais os sinais de alerta e as situações em que o risco de deprimir-se é maior (dor, perdas, conflitos familiares, etc.). Quando em uma família tem uma pessoa que teve um ou mais episódios depressivos prévios, deverá advertir os seus membros sobre os sinais indicativos, dando importância especial às relacionadas com idéias suicidas. Ressaltar igualmente a importância de que a família apoie de modo próximo a pessoa que está nas condições de risco.
- A referência ou a contra-referência ao médico geral ou ao psiquiatra da pessoa que se suspeita padecer de um transtorno do humor é uma atividade essencial. O encaminhamento adequado poderá possibilitar a instauração de um tratamento eficaz e oportuno. Deverá ter em conta as possibilidades de acessos aos centros de referência, regulares e de emergência, a existência de listas de espera e a experiência prévia do cliente.
- O apoio ao tratamento prescrito tem valor especial para que seja cumprido pelo cliente. No caso dos tratamentos medicamentosos, o apoio do enfermeiro se refere a informar sobre seus efeitos e eficácia, sem alentar expectativas infundadas, advertindo sobre o período variável de atuação dos fármacos, sobre os efeitos indesejáveis, sobre a importância de relatar suas reações ao psiquiatra, sobre as possibilidades de ajustes ou mudanças para seu caso. A informação sobre os possíveis efeitos secundários e a maneira de combatê-los é outra maneira de apoiar o tratamento. Igualmente, o enfermeiro poderá apoiar o tratamento psicoterapêutico, ou realizá-los como terapeuta, se seus conhecimentos o permitirem.
- A proteção do cliente com conduta suicida pode ser realizada pelo enfermeiro, tanto em centros assistenciais como no domicílio. No primeiro, a proteção se dará mediante a observação continuada do cliente, o apoio psicoterapêutico e o cumprimento efetivo do tratamento. No domicílio, o enfermeiro deve dar ênfase especial, além do cumprimento do tratamento, na instrução de seus familiares frente aos possíveis riscos (armas de fogo, falta de controle dos medicamentos, tendência ao retraimento e a estar sozinho, etc.), sobre os serviços disponíveis, sobre o acompanhamento do cliente e a vigilância quando o cliente está em vias de recuperação.

A seguir você encontrará uma situação de **Consulta de enfermagem** para realização de leitura e discussão:

O enfermeiro está atendendo o cliente para controlar a pressão arterial. O cliente procura regularmente o serviço de saúde, porém está faltando aos últimos controles. Ele nota que o cliente está piorando, mais magro, apenas responde, se move lentamente, e quando lhe pergunta o que se passa, chora e diz que queria morrer. O enfermeiro reconhece os sintomas de uma depressão, pensa que pode haver certo risco de suicídio e sabe que os familiares do cliente não vivem com ele. Decide, depois de tranquilizar o cliente, pedir-lhe que espere, falar com o médico do serviço de saúde.

Para ilustrar a importância que tem a forma como que se transmite a informação entre os membros da equipe de saúde, apresentam-se 2 formas de fazê-lo:

1. Sentindo que se trata de uma emergência, o enfermeiro entra no consultório quando o médico estava com outro cliente. Dada a emergência do problema não prepara o que vai dizer. Começa explicando como este homem vive sozinho e perdeu sua esposa, estava deprimido, segundo seus filhos. Diz que estranha que o médico não tenha notado quando lhe prescreveram os medicamentos para a hipertensão arterial. Indica que o cliente era um homem ainda jovem e que estava muito magro para sua idade. O médico se incomoda porque ainda não havia finalizado a consulta, terminando por não perceber o que o enfermeiro havia percebido, nem que lhe estava transmitindo as queixas do cliente ou de seus filhos. Saiu com o enfermeiro para outra sala de consultas para ver com ela o cliente e esclarecer o que acontecia.

2. O enfermeiro aproveita o tempo que o médico demora para terminar a consulta para preparar uma breve nota mental com a que irá falar com ele. Começa seu relato dizendo que suspeita que o cliente pode estar deprimido e enumera os sintomas e sinais que observou, ressaltando a situação de risco que supõe sua solidão desde a perda da esposa, e como o desejo de morrer expresso pelo cliente (utilizando as palavras ou frases usadas o mais parecido possível com as do cliente). O médico entende a conveniência de ver o cliente e pergunta o enfermeiro dados acerca de sua situação prévia que ela conhece bem, assim como a possibilidade de fazer contato com seus filhos para colaborar no tratamento e cuidado do cliente. O enfermeiro sabia que uma das filhas recorria periodicamente ao serviço de saúde para controle da amamentação e enquanto recebe o cliente na consulta, combina com a auxiliar de enfermagem para falar com ela.

Comentários a respeito da conduta 1 e da conduta 2 :

1. No primeiro caso, o enfermeiro, percebendo a urgência, entra em no consultório quando o médico estava com outro cliente. Desta maneira, o médico está menos predisposto a escutar e o enfermeiro tampouco poderá se expressar com liberdade na presença de outro cliente. Cabe notar que o enfermeiro não preparou o que ia dizer, fazendo de forma espontânea, misturando dados importantes com os outros, resultando um relato confuso. De fato, a relação dos mesmos não segue uma ordem de importância, misturando sintomas, fatores de risco e o que mais lhe chamou a atenção.

Começa falando dos fatores de risco a que estava exposto o cliente, o que dificulta saber o motivo da consulta. Faz notar o médico que pode ter escapado o que ocorre. O enfermeiro considera que o importante era transmitir o máximo de informação, sem especificar de onde procedia (história clínica, familiar e do próprio cliente).

2. No segundo exemplo, o enfermeiro espera que o médico tenha um momento disponível para poder falar tranquilamente. Assim o médico pode escutar melhor e o enfermeiro também pode se expressar de forma mais organizada. Toma o tempo necessário para preparar e selecionar a informação que irá transmitir ao médico. Apresenta os dados mais importantes, baseando-se na história do cliente, ressaltando a informação relacionada com os antecedentes do problema e os tratamentos prévios. Começa descrevendo o porque da consulta, para que o médico possa centrar-se rapidamente no problema. Explica o que ele observou. Em sua exposição, segue uma ordem, descrevendo sintomas, sinais, antecedentes e fatores associados de certa importância. A esse respeito cabe notar que é importante explicar de onde vem a informação, se do próprio cliente ou de um familiar. Ao médico será de ajuda conhecer esses dados, assim como ouvir de forma direta como se manifesta o problema. É preferível que todo diálogo entre enfermeiro e médico aconteça antes que o cliente entre no consultório.

9.4 Relacionamento Enfermeiro-cliente

Não podemos dizer que trabalhar com clientes deprimidos é tarefa fácil e agradável. O trabalho com o indivíduo deprimido em muitos momentos é difícil, pois trata-se de um relacionamento onde muitas vezes o cliente, em decorrência da sua falta de energia, não tem condições de dar retorno ao profissional.

Além disso, lida-se com emoções negativas e isso pode mobilizar as emoções conflituosas anteriormente adquiridas pelo profissional. Nessas circunstâncias as dificuldades que algumas pessoas têm em trabalhar com saúde mental e psiquiatria podem ser o motivo de incômodo de atitudes inadequadas.

Nem sempre é fácil dar os devidos cuidados a uma pessoa que não responde e se isola. A tendência do indivíduo deprimido é de resistência ao envolvimento, retraindo-se ou não respondendo a outras pessoas. Também tendem a permanecer isolados, a verbalizar pouco, a pensar que não merecem ajuda e a formar vínculos de dependência com outros, em virtude das visões negativas. O profissional precisa mostrar honestidade, empatia e compaixão. Podem ocorrer sentimentos de irritação, mágoa ou temor a rejeição. É essencial que o profissional compreenda tenha paciência e a crença no potencial de cada pessoa pode crescer e mudar. É fundamental que isso seja comunicado calmamente, tanto verbal quanto não-verbal, para que o cliente possa responder, ainda que leve um tempo.

Deve-se evitar assumir uma posição excessivamente agressiva ou compassiva com o cliente deprimido. Evitar comentários como “Você tem tantos motivos para melhorar”, “Alegre-se – as coisas vão melhorar” ou “Você não deveria sentir-se tão deprimido”, porque estes transmitem pouca compreensão e respeito pelos sentimentos do cliente. Provavelmente, esse tipo de comentário criará mais distância e bloqueará a formação de um relacionamento. Do mesmo modo, o enfermeiro não deve demonstrar sentimentos de autocomiseração do cliente; a identificação excessiva e subjetiva dos enfermeiros pode fazer com que tenham emoções similares às do cliente, como falta de esperança e de desamparo; isso possivelmente limita seriamente a terapia. Recomenda-se que o enfermeiro permaneça algum tempo com o cliente, mesmo que este fale pouco e demonstre apoio através do companheirismo. A presença do enfermeiro ressalta a valorização do cliente enquanto pessoa. O enfermeiro deve também adaptar-se ao ritmo do cliente deprimido, falando mais devagar e dando mais tempo para que ele possa responder; chamar o cliente pelo primeiro nome, conversar e talvez, o mais importante, escutar. É focalizar a comunicação em temas relevantes como o do relato da vida e dos interesses do cliente.

9.5 Aplicação do Processo de Enfermagem aos Transtornos Depressivos

9.5.1 O Processo de Enfermagem na Enfermagem psiquiátrica/de saúde mental

É a base para a tomada de decisões clínicas. Compreende todas as ações clínicas significativas dos enfermeiros na provisão de cuidados psiquiátricos/de saúde mental a todos os clientes. O processo de enfermagem é dinâmico e contínuo durante enquanto o enfermeiro e o cliente tiverem interações dirigidas a modificações das respostas físicas ou comportamentais do paciente.

As etapas do processo de enfermagem são estabelecidas e adaptadas a nova realidade pode ser:

I Histórico de enfermagem/Avaliação/Observação
II Diagnóstico/Identificação das necessidades do paciente
III Planejamento/Plano terapêutico
IV Implementação/Intervenção/Cuidados de enfermagem
V Análise/Avaliação/Evolução

a) Histórico de enfermagem/Avaliação/Observação

O enfermeiro colhe dados básicos para avaliação das condições de saúde do cliente.

Desde o primeiro contato o enfermeiro reúne informações com as quais estabelece um banco de dados para determinar o melhor cuidado possível para o cliente. As informações para são obtidas de diversas fontes: a entrevista com o cliente e/ou seus familiares; a observação do cliente em seu ambiente; a consulta a outros membros da equipe de saúde; a revisão, do prontuário do cliente; a realização de exame físico e das funções mentais pela enfermagem.

Estes procedimentos possibilitam a enfermagem psiquiátrica/de saúde mental fazer julgamentos clínicos, participar do planejamento terapêutico e oferecer os cuidados de enfermagem.

Os sintomas de depressão podem ser descritos como alterações em quatro esferas do funcionamento humano: afetiva, comportamental, cognitiva e fisiológica conforme apresentada no quadro 2. As alterações desses aspectos diferem de acordo com a gravidade da sintomatologia, caracterizando o tipo de comportamento depressivo: transitória ou episódio único (desapontamentos da vida cotidiana), leve (resposta de pesar normal), moderada (transtorno distímico) e grave (transtorno depressivo maior).

Quadro 2 - Dados de avaliação nos transtornos depressivos

Cognição negativa	Descrição	Exemplo
Generalização excessiva	Acreditar que a coisa vai dar errada devido a um único fato negativo; ato de exagerar desproporcionalmente as coisas. As palavras chave incluem “nunca” e “sempre”.	Após tirar uma nota baixa em álgebra, um estudante diz: “Eu nunca vou aprender esta matéria”.
Pensamento tudo ou nada	Ver tudo como extremos – branco ou preto, sem intermediários	João tira fotos do casamento de seu amigo. Todas as fotografias ficaram boas, exceto três. João fica insatisfeito porque as fotos não saíram perfeitas e se considera um fracasso em fotografia.
Afirmarções do tipo “deveria”	Uso de afirmações envolvendo “deveria”, “não deveria”, “teria que” e “seria o caso de” para estabelecer padrões para si mesmo e para outras pessoas. Essas afirmações de modo geral levam a frustração. Aquelas dirigidas à própria pessoa ocasionam culpa; aquelas dirigidas a outras pessoas acarretam raiva e ressentimento.	João (do exemplo anterior) diz para si mesmo, “Eu deveria ter feito todas elas direito.”
Rotulagem	Aplicar rótulos de carga negativa a si próprio ou a outras pessoas.	O estudante no exemplo anterior que não conseguiu compreender as trezentas páginas de seu livro de enfermagem disse: “Sou uma idiota”.
Leitura de mentes	Tirar conclusões apressadas quanto às reações de uma outra pessoa, sem verificar essas reações com uma pessoa.	Pati está tendo um almoço agradável com um amigo, mas ele parece desanimado. Pati pergunta qual é o problema. Depois de muita insistência, o amigo diz: “Sei que você acha que eu sou uma pessoa fraca”.
Adivinhar o futuro	Estar absolutamente convencido de que as coisas não vão dar certo, independentemente das evidências encontradas	Helen recebeu várias cartas de elogio de seu patrão, mas quando é hora de pedir uma promoção ela diz: “É melhor eu não pedir, meu patrão nunca vai me dar à promoção, meu trabalho é sempre medíocre”.

b) Diagnóstico/Identificação das necessidades

O Enfermeiro analisa os dados da avaliação para determinar o diagnóstico.

Os diagnósticos baseiam se em sistemas de classificação aceitos, como a Classificação de Diagnóstico de Enfermagem (Nursing Diagnosis Classification Nursing Diagnosis Classification) da North American Nursing Diagnosis Association (NANDA).

Nesta etapa são analisados os dados colhidos durante a avaliação e estabelecidos os critérios que podem ser usados para atingir os objetivos no cuidado de clientes deprimidos.

1. Analise o humor predominante, o nível de ansiedade, o grau de auto-estima e a gravidade dos sintomas do cliente.
2. Determine o risco de suicídio do cliente, levando em conta o fato que clientes com distúrbios do humor tem um risco maior de suicídio. O suicídio é mais provável quando o cliente está entrando em depressão ou saindo dela.
3. Analise os estressores que afetam o cliente no momento, tendo em mente que perdas recentes, doenças crônicas, cirurgia, parto, perda da segurança financeira e perda da posição na comunidade aumentam o risco de suicídio.
4. Estabeleça diagnósticos de enfermagem individualizados para o caso de cliente com um distúrbio depressivo. como por exemplo:

- a. Ajuste individual
- b. NUTRIÇÃO desequilibrada: menos [mais] do que as necessidades corporais relacionada à ingestão excessiva em relação às necessidades metabólicas; incapacidade para ingerir ou digerir comida ou absorver nutrientes causada por fatores psicológicos, caracterizada por membranas conjuntivas e mucosas pálidas; incapacidade percebida para ingerir comida; tônus muscular enfraquecido; falta de interesse por comida.
- c. Déficit no AUTOCUIDADO para banho/higiene relacionado a motivação diminuída ou falta de motivação, fraqueza e cansaço; prejuízo perceptivo ou cognitivo, caracterizado por incapacidade de lavar o corpo ou partes do corpo.
- d. Déficit no AUTOCUIDADO para alimentação: motivação diminuída ou falta de motivação, fraqueza e cansaço; prejuízo perceptivo ou cognitivo; incapacidade de preparar alimentos para ingestão; ingerir alimentos suficientes.
- e. Padrão de baixa AUTO-ESTIMA: baixa auto-estima situacional ou crônica relacionada a prejuízo funcional ou perda; verbalizações autonegativas, comportamento indeciso, não-assertivo; avaliação de si mesmo como incapaz de lidar com situações ou eventos; expressões de desamparo e de sentimento de inutilidade.
- f. PADRÃO DO SONO perturbado: tristeza, depressão, fadiga, ansiedade e medo; queixas verbais de dificuldade para adormecer, despertar mais cedo ou mais tarde do que se desejava; queixas verbais de não se sentir bem descansado.
- g. ISOLAMENTO SOCIAL/INTERAÇÃO SOCIAL prejudicada: relacionado a nível inadequado de confiança na capacidade de enfrentamento e de percepção de controle; barreiras de comunicação; distúrbio no autoconceito, caracterizado por distúrbios do sono, abuso de agentes químicos, pouca concentração, fadiga; resolução de problemas inadequada; verbalização de incapacidade de enfrentamento ou incapacidade de pedir ajuda; incapacidade de satisfazer necessidades básicas; comportamento destrutivo em relação a si ou aos outros; mudança nos padrões habituais de comunicação, assumir riscos; incapacidade verbalizada ou observada para receber ou comunicar uma sensação satisfatória de pertencer, de cuidar, de interesse; desconforto verbalizado ou observado em situações sociais; uso observado de comportamentos de interação social malsucedidos; interação disfuncional com pessoas do mesmo grupo etário, família e/ou outros.
- h. COMUNICAÇÃO VERBAL prejudicada: barreiras psicológicas, caracterizadas por fala ou verbaliza com dificuldade, dificuldade para compreender e manter o padrão usual de comunicação; inabilidade ou dificuldade para usar expressões faciais ou corporais.
- i. Risco para VIOLÊNCIA direcionada a si mesmo: estado emocional de desesperança, desespero, ansiedade aumentada, pânico, raiva, hostilidade; indícios comportamentais bilhetes de amor tristes, mensagens enraivecidas a uma pessoa significativa que o(a) rejeitou, dar objetos pessoais, adquirir uma grande apólice de seguro); indícios verbais falar sobre morte, “é melhor sem mim”; fazer perguntas sobre dosagens letais de drogas; interpretações errôneas da realidade; saúde física (comorbidades - doença crônica ou terminal).
- j. Risco para SOLIDÃO: isolamento social e falta de energia.
- k. IMPOTÊNCIA: relacionada a regime relacionado à doença; estilo de vida de desamparo, caracterizado por ressentimento, raiva, culpa; expressões de insatisfação e frustração quanto à incapacidade de realizar tarefas/atividades prévias, apatia; depressão relacionada à deterioração física apesar da obediência do paciente a regime terapêutico.
- l. PROCESSOS DO PENSAMENTO perturbados: dissonância cognitiva; déficit/problemas de memória; interpretação não-accurada do ambiente, hipovigilância, tendência ao distraimento; egocentrismo; pensamento impróprio não baseado na realidade.
5. Estabeleça diagnósticos de enfermagem individualizados especialmente para o caso de clientes com comportamento suicida:
 - a. Risco para VIOLÊNCIA direcionada a si mesmo
 - b. Risco de suicídio
 - c. ENFRENTAMENTO familiar comprometido
 - d. Impotência.
 - e. SENTIMENTO DE PESAR antecipado

Outros indicadores

- Não sofreu danos pessoais? (Discuta as perdas com a equipe e membros da família)
- Não mais idealiza o objeto perdido ou está por ele obcecado? Estabelece objetos realistas para si mesmo.
- Não tem mais medo de tentar novas atividades? É capaz de identificar aspectos de autocontrole sobre a situação de vida?
 - Expressa satisfação pessoal com práticas espirituais e obtém apoio delas.
 - Interage voluntariamente e de modo apropriado com os outros.
 - É capaz de manter a orientação quanto à realidade.
 - É capaz de concentrar-se, raciocinar e resolver problemas.
- Ingeri dieta balanceada, com lanches, para impedir a perda de peso e manter o estado nutricional.
 - Dorme 6 a 8 horas por noite e diz sentir-se repousado.
 - Toma banho, lava e penteia o cabelo e veste roupas limpas sem auxílio.

Com base nos problemas identificados nesta etapa é executado o planejamento do cuidado, a implementação das ações de enfermagem e são estabelecidos critérios relevantes para a avaliação.

d) Planejamento/Plano terapêutico

A equipe de profissionais elabora o Projeto terapêutico e o plano de cuidados com intervenções que permitem atingir os resultados esperados.

Um plano de cuidados é usado para orientar sistematicamente as intervenções terapêuticas e atingir os resultados esperados relativos.

O plano de cuidados de enfermagem é feito a partir dos estabelecidos. É preciso que seja altamente individualizado, para ser efetivo. Deve incluir problemas de saúde mental, condições ou necessidades do cliente e deve ser construído em colaboração com o cliente e seus familiares e os membros da equipe interdisciplinar.

Para cada necessidade identificada (diagnóstico) são selecionadas as intervenções mais apropriadas, com base na prática atual de enfermagem psiquiátrica/de saúde mental e nos conhecimentos desta área. Geralmente os diagnósticos da enfermagem estão inter-relacionados bem como as ações da enfermagem.

São incluídas no plano as instruções ao cliente e os encaminhamentos necessários. São determinadas as prioridades para a prestação dos cuidados de enfermagem (TOWNSEND, 2002; ISAACS, 1998).

1. Coopere com o cliente no estabelecimento de metas realistas.
2. Estabeleça os critérios para a evolução final desejada no caso de clientes com um distúrbio depressivo:
 - a. O cliente fará refeições nutritivas e normais três vezes por dia, para prevenir a perda de peso. (o cliente vai escolher alimentos volumosos.)
 - b. O cliente restabelecerá seu padrão de sono, incluindo pelo menos seis horas de sono ininterrupto toda noite.
 - c. O cliente vai relatar maior nível de energia e menos fadiga.
 - d. O cliente verbalizará sentimentos diretamente durante o tratamento.
 - e. O cliente vai manter de maneira independente práticas de higiene apropriadas.
 - f. O cliente verbalizará afirmações positivas sobre si mesmo.
 - g. O cliente não vai se ferir.
 - h. O cliente vai relatar mais sentimentos de esperança no futuro.
 - i. O cliente não vai mais idealizar objetos perdidos ou ficar obcecado por isto.
 - j. O cliente vai identificar aspectos de autocontrole sobre sua situação vital do momento.
2. Estabeleça os critérios para a evolução final desejada para o caso de clientes com comportamento suicida:
 - a. O cliente vai concordar com um contrato de não se ferir.
 - b. O cliente vai relatar à equipe na hora oportuna sentimentos relacionados ao desejo de se ferir.
 - c. O cliente verbalizará sentimentos durante o tratamento.
 - d. O cliente vai expressar maneiras concretas de resolver problemas em áreas de interesse na situação vital do momento.
 - e. O cliente vai relatar mais sentimentos de esperança no futuro.
 - f. O cliente vai relatar maior sentimento de controle sobre sua situação de vida.
 - g. O cliente vai identificar sistemas de apoio antes da alta.

É fundamental a compreensão das fases do tratamento para os transtornos do humor. O(a) enfermeiro(a) deve discuti-las com o cliente e sua família, favorecendo a integração terapêutica e esclarecimentos sobre os objetivos e o curso do tratamento. No planejamento, as prioridades terapêuticas são a redução e a remoção das respostas emocionais desadaptadas do cliente, a restauração do funcionamento ocupacional e psicossocial, a melhora da qualidade de vida e a minimização da probabilidade de recaída e de recorrência.

O tratamento da depressão ocorre em três fases (Aguda, Continuação e Manutenção). Portanto, os cuidados de enfermagem devem estar presente em cada uma dessas fases.

e) Implementação/Intervenção

O enfermeiro implementa as intervenções identificadas no plano de cuidado.

As intervenções para a etapa de planejamento são executadas levando-se em consideração o nível de prática, educação e formação do enfermeiro. O plano de cuidados serve para a orientação de intervenções seguras, éticas e apropriadas.

O registro das intervenções deve ocorrer em todas as etapas do processo de enfermagem.

A paciência é um dos elementos mais importantes nas ações de enfermagem com o cliente deprimido, em razão de sua falta de energia. Nos casos graves cada movimento ou palavra exige esforço e tempo excessivos, necessitando freqüentemente de serem indagados mais de uma vez sendo preciso esperar pacientemente pela resposta. Estas pessoas necessitam ser tranqüilizadas em todos os aspectos da vida diária. Um modo efetivo de cuidar de pessoas deprimidas é estabelecer um quadro diário de horários que inclua banho, penteado, alimentação e atividade física. Além disso, é imprescindível que os profissionais e sua família e amigos encorajem e tenham muita calma durante o dia inteiro para ajudá-lo a cumprir essas atividades.

As intervenções de enfermagem têm como objetivo ajudar aumentar respostas de enfrentamento e a satisfação que o cliente obtém de sua interação com o mundo.

Algumas intervenções específicas incluem:

1. No caso de clientes com um distúrbio depressivo:
 - a. Facilitar uma nutrição adequada. Fornecer porções adequadas. Considerar as preferências alimentares do cliente. Permanecer ao lado da pessoa durante as refeições. Eliminar ou reduzir estimulantes (caféina ou substâncias estimulantes contidas em outros produtos): sendo assim, não faça uso do café, quaisquer refrigerantes, chocolates e derivados do cacau, chá mate e seus derivados, chá preto, guaraná em pó, etc. a substância estimulante pode provocar hiperatividade cerebral, alterar as fases do sono pode causar irritabilidade e estresse.

- b. Ajudar com a higiene e cuidado com a aparência pessoal quando necessário. Proceder aos seguintes tipos de banho: morno a frio pela manhã e quente (provoca vasodilatação, ajudando a relaxar e facilitando a conciliação do sono) ao deitar.
- c. Aceitar o cliente, evitando qualquer ação que possa ser interpretada como crítica.
- d. Avaliar a letalidade do comportamento suicida e implementar precauções apropriadas relativas ao suicídio.
- e. Evitar alegria e simpatia excessivas ou superficialidade. Usar uma abordagem mais positiva: “Seu banho já está pronto. Ajudarei você”. Evite perguntas como: “você deseja um banho agora?”. Outras frases que não têm valor terapêutico: “Alegre-se”, “Vamos ver o seu sorriso” ou “O sol está brilhando por trás da nuvem negra”.
- f. Ajudar o cliente a elaborar um roteiro diário que inclua atividades e repouso.- Impedir o excesso de informações: o excesso de estímulo auditivo e visual, por cone.
- g. Promover/orientar o sono por meio de atividades e exercícios diários, bem como intervenções visando o relaxamento ao recolher-se (por exemplo, momentos tranquilos, massagens nas costas, música); manter um horário regular para dormir e acordar: não esqueça, a parte mais nobre do sono acontece entre 23 h e 3 horas da manhã. Procurar não ficar na cama depois de acordado, pois pode prejudicar o sono da noite seguinte; -praticar exercícios físicos diariamente (respeitando o limite do paciente): o ideal seria fazê-lo ao acordar. O exercício físico aumenta a produção de endorfina, que provoca sensação de bem-estar e disposição.
- h. Ter breves e freqüentes interações terapêuticas com o cliente.
- i. Não forçar conversas, mas encorajar a participação nas atividades e interações sociais.
- j. Ajudar o cliente a identificar sentimentos negativos e reduzir cognições negativas.
- k. Encorajar o sucesso no alcance dos objetivos estruturando tarefas simples e mensuráveis.
- l. Questionar ou expressar dúvidas em relação a afirmações negativas do cliente sobre si mesmo.
- m. Administrar e informar sobre os antidepressivos prescritos e atendimento (ambulatorial, atenção básica a saúde, hospitalar).
- n. Instruir o cliente e família a respeito da medicação, efeitos colaterais, dose, problemas passíveis de relato.

2. No caso de clientes com um comportamento suicida:

Primeiramente, o enfermeiro deve considerar suas próprias respostas a alguém que esteja tentando ferir a si mesmo. Podemos encontrar dois tipos de resposta do enfermeiro frente ao cuidado do cliente deprimido: Para uma pessoa feliz e de bem com a vida pode ser difícil imaginar a profundidade do desespero que leva a impulsos suicidas ou o fato de estar deprimido e insatisfeito com a sua própria vida pode ser ameaçado pela interação com clientes que estão mais aflitos, porque pode temer conseqüências similares para si mesmo. Também pode acontecer a identificação exagerada do enfermeiro para com o cliente, o que limita sua capacidade de ajudar. Ao contrário, a **abordagem terapêutica** deve ser empática e isenta de críticas, com respostas subjetivas pela consciência das próprias ações.

O atendimento deve se concentrar primeiro na proteção do cliente: todos os esforços possíveis devem ser feitos para proteger o cliente e motivá-lo a optar pela vida, abordando os fatores que contribuíram para o seu comportamento perigoso. Deve ocorrer a aliança do profissional ao desejo de viver do cliente e, então, ajudá-lo a ser responsável pelo próprio comportamento. No entanto, é também preciso compreender que alguns clientes optarão pela morte, mesmo com todos os esforços da intervenção. Por isto, o enfermeiro necessita desenvolver um entendimento realista da responsabilidade do cliente por sua própria vida e aceitar a possibilidade de perder um cliente suicida, mesmo com os melhores cuidados de enfermagem.

- a. Avaliar o grau do risco de suicídio do cliente, observando os sinais de aviso, intenção de se ferir, natureza concreta do plano e recursos disponíveis. Nota: Perguntar ao cliente sobre o suicídio não aumenta o risco do mesmo.
- b. Identificar quaisquer fatores de alto-risco.
- c. Determinar o grau dos recursos e sistemas de apoio do cliente.
- d. Levar a sério os sinais de aviso.
- e. Tomar algumas medidas necessárias para garantir a segurança do cliente (sempre que possível, remover materiais ou objetos perigosos e potencialmente letais) ela não deve ser deixada.
- f. Colocar o cliente num ambiente seguro e protegido e monitorá-lo atenta e consistentemente. Mobilizar apoio se necessário.
- g. Estabelecer uma relação firme, mas de apoio.
- h. Monitorar quaisquer medicamentos que o cliente receba. Isso sugere que o cliente deve ter um suprimento suficiente apenas para alguns dias, se em tratamento ambulatorial.
- i. Ajudar o indivíduo deprimido a tomar consciência de seus sentimentos, identificá-los e expressá-los de modo apropriado. Pode ser útil ajudar a explorar os fatores predisponentes e desencadeantes que influenciam seu comportamento.
- j. Encorajar o cliente a falar a respeito de estressores, sentimentos de dor, raiva e angústia e planos de suicídio.
- k. Ouvir com empatia.
- l. Reforçar pontos fortes (isso requer um certo tempo, pois é preciso conhecer o cliente e que ele tenha confiança no profissional) reforçar as razões para viver e promover expectativas realistas do cliente.
- m. Usar intervenções específicas para melhorar a auto-estima.
- n. Comunicar sua presença e seu desejo de impedir o cliente de se ferir.
- o. Estar ciente de que o risco de suicídio aumenta quando a depressão começa a melhorar (o cliente passa a dispor de novas energias para executar seu intento).
- p. Reforçar o desejo do cliente de resolver problemas e viver.
- q. Ajudar o cliente na resolução de problemas; decompor os problemas em partes mais acessíveis.
- r. Instruir os familiares quanto aos sinais de aviso e encorajá-los a dar apoio.
- s. Encaminhar o cliente a tratamento ambulatorial.

Comentários a respeito da implementação do plano terapêutico e dos cuidados de enfermagem.

- Na sua maioria, indivíduos deprimidos apresentam dificuldades de alimentação. É útil observar alimentos aos quais tem maior recusa. Comumente perdem o desejo pela comida, assim como por outros interesses que tinham anteriormente. A inatividade também contribui para falta de interesse pela comida e torna-os suscetíveis a infecções e problemas gastrointestinais e circulatórios. É preciso garantir que o indivíduo deprimido mantenha uma ingestão adequada de alimentos e líquidos e se engaje em uma atividade física quanto possível. “É mais fácil dizer do que fazer isso”. Provavelmente, conseguirá êxito oferecendo líquidos rotineiramente e pequenas quantidades de alimentos com frequência, em vez de insistir para que o indivíduo faça três ou mais refeições em horários rigorosamente marcados.
- Os indivíduos deprimidos gravemente chegam a ponto de não realizar o simples ato de caminhar pelo corredor ou em seu domicílio. Por isso, é necessário encorajá-los a fazer até mesmo uma pequena caminhada.
- Na dificuldade para dormir, pode ser útil banhos quentes, leite ou chá morno e medicações prescritas.
- Os profissionais de enfermagem que têm contato constante e por maior tempo com o indivíduo deprimido às vezes sente-se na obrigação de “alegrar” a pessoa deprimida; isso não é adequado. Frequentemente isto faz com que o indivíduo sintam-se mais culpado e indigno. A alegria e risadas tendem a fazer com que as pessoas sintam-se ainda mais culpadas e conseqüentemente, mais abatidas. Pode ser mais terapêutico se for amigável de um modo gentil, compreensivo e sério. O simples ato do enfermeiro sentar-se com o indivíduo deprimido, sem tentar uma conversa qualquer, é mais benéfico. Em alguns momentos, é bom conversar, mesmo que o indivíduo não possa responder.
- No atendimento ao indivíduo deprimido o enfermeiro pode proporcionar uma oportunidade para que eles se envolvam em tarefas que ajudem a aliviar os sentimentos de culpa. Os indivíduos podem solicitar a sua participação em atividades menores, que não exijam tanto esforço físico ou mental.
- Um dos problemas mais sérios aos quais o enfermeiro deve dar atenção é o potencial suicida que leva a pessoa deprimida a se machucar ou destruir-se a si mesma. Dependendo da situação e do indivíduo variam os métodos efetivos para lidar com esse problema. Provavelmente, as tendências autodestrutivas são mais bem manejadas oferecendo-se um ambiente que o ajude a suportar a dor emocional. Em vez de remover todos os itens potencialmente perigosos do ambiente, pode-se designar um membro da equipe, preferivelmente experiente, para permanecer constantemente com o indivíduo deprimido. Deve ajudá-lo a participar nas atividades ocupacionais, sociais e recreacionais supervisionando-se constantemente; entretanto o foco deve ser de ajudá-lo a lidar com seus sentimentos. O oferecimento de oportunidades seguras para a participação na rotina diária deve receber ênfase.
- Manter a segurança do indivíduo deprimido são efetuadas, removendo-se qualquer objeto com o qual possa ferir-se é uma medida preventiva. É extremamente difícil conseguir isso, porque qualquer peça de vestuário, quaisquer utensílios de cozinha, cigarros, mobília, instalações sanitárias, ou seja, literalmente tudo que o indivíduo precisa no processo de vida diário poderia ser usado, se desejasse se ferir ou destruir a si mesmo. Se o critério de tornar o ambiente seguro fosse levado até suas últimas conseqüências, a pessoa seria colocada em um quarto absolutamente vazio, com uma esteira servindo de cama.
- Privar a pessoa da liberdade de perambular pode aumentar suas tendências autodestrutivas. Esta privação indica seus piores temores são verdadeiros, inúteis e indignos ou que cometeram um crime imperdoável e estão sendo punidos.
- Apesar de não se ter dúvidas de que o cliente agudamente suicida deva ser atentamente supervisionado, a equipe de saúde deverá ter o bom senso de priorizar a participação do cliente em atividades seguras com os outros, em vez das modificações ambientais freqüentemente empregadas sem qualquer sucesso. Se esses indivíduos sentirem que as pessoas se interessam realmente por eles, se suas necessidades forem atendidas e se são acompanhados por uma equipe que os ajuda a falar sobre suas preocupações, a incidência das tentativas de autodestruição será imensamente diminuída.

Educação da família

Habitualmente, o contato do enfermeiro com a família é realizado por meio da atenção prestada ao cliente. Nesta circunstância, o trabalho educativo que se emprega deverá centrar-se no cliente para posteriormente expandir-se a todos os membros do grupo familiar e da comunidade.

A educação da família projetada para a comunidade deve ter como metas, entre outras, combater o estigma das doenças mentais e, em particular, dos transtornos do humor, ressaltando a eficácia dos tratamentos disponíveis e que o cliente deprimido pode ser completamente reabilitado. O enfermeiro estimulará as redes de apoio social por meio de palestras e entrevistas com seus membros mais proeminentes, aos que transmitirá informação sobre os transtornos do humor e sobre o tratamento e a reabilitação das pessoas deprimidas.

Aspectos a serem abordados na educação da família

- Deve estar centrada no cliente e projetada para a comunidade
- | |
|---|
| <p>Tópicos para orientação ao cliente/familiares relativamente à depressão</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deve enfatizar : 1. Informação básica sobre os transtornos do humor: <ol style="list-style-type: none"> a. Nome das doença b. Estágios do pesar e sintomas associados a cada estágio c. O que é depressão? d. Por que as pessoas ficam deprimidas? e. Quais são os sintomas da depressão? f. Risco de suicídio g. Recaídas, recorrências e cumprimento do tratamento 2. Tratamento da doença <ol style="list-style-type: none"> a. Controle da medicação b. Efeitos colaterais incômodos c. Efeitos colaterais a relatar ao médico d. Importância de tomar regularmente – A tensão medicamentosa e. Tempo de efeito f. Dieta (relativa aos inibidores da MAO) g. Esclarecimento de dúvidas e resolução de conflitos h. Auto-cuidado i. Técnicas de assertividade j. Técnicas de controle do estresse k. Maneiras de aumentar a auto-estima l. Eletroconvulsoterapia 3. Serviços de Apoio <ol style="list-style-type: none"> m. Grupos de apoio/grupos de auto-ajuda n. Linha direta para suicidas o. Assistência jurídica e financeira p. Recursos comunitários e a rede significativa de relações |
|---|

Comentários do Quadro:

- Em seu trabalho educativo o enfermeiro promoverá informação básica sobre os transtornos do humor, em especial sobre suas causas, tratamento, curso e papel da comunidade e da família na reabilitação. O risco de suicídio é um ponto que deverá tratar tanto no seio da família como nas atividades com grupos comunitários, ressaltando os fatores de risco e as medidas tomadas para evitá-los.
- Um ponto sobre o qual deve-se alertar o cliente e a sua família é a possibilidade de recaídas (reaparição do quadro clínico pouco tempo depois de ter sido remitido ou quando se estava em período de melhora) e de recorrências (aparição de um novo episódio depressivo logo depois de haver passado um tempo mais prolongado depois do desaparecimento dos sintomas). Deverá informar ao cliente e sua família sobre os sintomas e sinais de alerta e a conduta que se deve seguir, ressaltando a importância de cumprir com o tratamento.
- O enfermeiro esclarecerá dúvidas sobre a natureza e o curso da enfermidade, seu tratamento e seu manejo no meio familiar. Analisará os conflitos que aparecem em seu meio e contribuirá, de acordo com suas possibilidades, para a sua solução. De especial interesse é detecção da violência familiar e a educação da família na solução pacífica dos conflitos.
- A promoção do auto-cuidado dirige-se não somente a promover o cumprimento do tratamento, mas também da análise de problemas no lar, domínio de técnicas para combater o estresse e a ansiedade e para dar apoio em situações de dor, entre outras. O enfermeiro pode também fomentar a criação ou reforço de grupos de auto-ajuda na comunidade, por exemplo, associações de depressivos, que poderá fazer contato com grupos similares em outras áreas.
- Informar aos clientes e suas famílias a existência de recursos comunitários aos que pode recorrer, tanto nos Serviços de Saúde e da Seguridade Social como nas Organizações não governamentais (ONGs), grupos cívicos interessados, grupos de apoio/grupos de auto-ajuda, linha direta para suicidas e assistência jurídica e financeira.

f) Análise final ou Avaliação ou Evolução

É feita uma reavaliação na etapa final do processo de enfermagem para se determinar se as ações de enfermagem foram eficazes para atingir os objetivos do cuidado. A análise das ações de enfermagem para clientes deprimidos pode ser facilitada colhendo-se informações por meio das seguintes questões:

1. O cliente deve manter seu peso a um nível adequado para a idade e altura. Ele está escolhendo e consumindo alimentos suficientemente ricos em nutrientes e calorias para manter o peso e o estado nutricional?
2. O cliente não se fere.
3. Expressa não ter pensamentos de se ferir. As idéias suicidas remiram?
4. Sabe onde procurar ajuda fora do hospital ao ocorrerem pensamentos de suicídio?
5. Verbaliza afirmações positivas sobre si mesmo, realizações passadas e perspectivas futuras? O cliente expressa esperança no futuro?
6. Identifica planos para resolver os problemas atuais. Identifica áreas da situação de vida sobre as quais tem controle?
7. Estabelece objetivos pessoais realistas?

8. O cliente discutiu a perda recente com a equipe e membros da sua família?
9. Ele é capaz de verbalizar sentimentos e comportamentos associados a cada estágio do processo de pesar e reconhecer a própria posição no processo?
10. A obsessão pelo objeto perdido e a idealização do mesmo redimiram?
11. A raiva em relação ao objeto perdido é expressa de modo apropriado?
12. Dorme sem dificuldades e acorda sentindo-se repousado? Apresenta padrões de sono normais, possibilitando uma energia adequada durante o dia?
13. Expressa satisfação com a melhora de sua interação social? Está procurando interagir com os outros de maneira apropriada?
14. Demonstra padrões claros de pensamento sem evidências de delírios ou fuga de idéias? Mantém a orientação quanto à realidade, sem nenhuma evidência de pensamento delirante?
15. É capaz de concentrar-se e tomar decisões quanto ao cuidado de si mesmo?
16. Demonstra orgulho de sua aparência cuidando da higiene e da aparência pessoal? Mantém higiene e participa das atividades normais da vida cotidiana?
17. As queixas somáticas remitiram?

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CLIMENT, C.E.; ARANGO, M.V. Manual de psiquiatria para trabajadores de atención primaria. 2 ed. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Oficina Sanitária Panamericana. Oficina Regional de la ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Departamento de Psiquiatria. Universidad del Valle. Cali, colômbia, 1996. n. 23. 141p.

Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação – 2001-2002 / organizado por North American Nursing Association; trad. Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: Artmed, 2002.

FRISCH, N.C.; FRISCH, L.E. the client experiencing depression. In: Psychiatric Mental health Nursing. USA: Delmar Publishers, 1998. cap. 12, p. 234-265.

ISAACS, A I. Distúrbios do humor e comportamento suicida. In: Saúde mental e enfermagem psiquiátrica: série de estudos em enfermagem. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. Cap. 6. p. 63-75.

MCCABE, S. The nature of psychiatric nursing: the intersection of paradigm, evolution, and history. Archives of Psychiatric Nursing. v. XVI, n. 2, p. 51-60. april, 2002.

OPAS/OMS. Módulo para la capacitación de la enfermera general en la identificación y manejo de los transtornos afectivos. Programa de Salud Mental. División de Promoción de la Salud, 1999.

STUART, G. W. LARAIA, M.T. Respostas de autoproteção e comportamento suicida. In: Enfermagem Psiquiátrica: princípios e prática. 6 ed. Porto alegre: Artemd, 2001. cap 20. p. 417-437.

TAYLOR, C. M. Indivíduos com transtornos do humor. In: Manual de enfermagem psiquiátrica de Mereness. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. p.210-216.

TOWNSEND, M. C. O cliente suicida. In: Enfermagem Psiquiátrica: conceitos de cuidados. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. cap 16. p. 204-212.

Exercícios

1. Note as respostas fisiológicas, cognitivas, emocionais e comportamentais características do indivíduo com um distúrbio do humor (veja o quadro 2)
2. Avalie a letalidade do comportamento suicida do indivíduo.
 - a. Estabeleça a intenção do cliente (tentar obter alívio do estresse, vingar-se de um ente querido).
 - b. Avalie o plano de suicídio: o cliente tem um plano organizado e os meios para executá-lo?
 - c. Explore o estado mental: identifique a presença de qualquer distúrbio do pensamento, ansiedade, humor.
 - d. Reveja o sistema de apoio: estabeleça a disponibilidade de entes queridos.
 - e. Reveja os estressores atuais afetando o cliente.

APÊNDICE B – Instrumento para coleta de dados referente à pesquisa

Opinião dos especialistas sobre o material didático do curso de atualização sobre transtornos depressivos em ambiente de Educação a distância.

Identificação - Código: ____ Nome _____ Sexo: masc() fem() Idade: ____
 Estado marital: () só () tem companheiro Cidade onde reside _____ Titulação: ____
 Tempo de formado: ____ Tempo de experiência no ensino: superior ____ médio ____
 Tempo de experiência assistencial: a) área: ____ tempo: ____ b) área: ____ tempo: ____
 Local de trabalho: _____

Instruções - Agora que você analisou o material do curso a distância sobre transtornos depressivos assinale apenas um número que melhor caracterize sua opinião sobre cada tópico

1. O conteúdo do curso sobre transtornos depressivos é abrangente

Resposta	1 discordo totalmente	2 discordo parcialmente	3 indiferente	4 concordo parcialmente	5 concordo totalmente
Módulo 1					
Módulo 2					
Módulo 3					
Módulo 4					
Módulo 5					
Módulo 6					
Módulo 7					
Módulo 8					
Módulo 9					

Falta: _____

Excede: _____

2. A organização dos módulos obedece a uma seqüência lógica

Resposta	1 discordo totalmente	2 discordo parcialmente	3 indiferente	4 concordo parcialmente	5 concordo totalmente
Módulo 1					
Módulo 2					
Módulo 3					
Módulo 4					
Módulo 5					
Módulo 6					
Módulo 7					
Módulo 8					
Módulo 9					

Sugiro mudar: _____

3. Os objetivos instrucionais estão adequados nos módulos

Resposta	1 discordo totalmente	2 discordo parcialmente	3 indiferente	4 concordo parcialmente	5 concordo totalmente
Módulo 1					
Módulo 2					
Módulo 3					
Módulo 4					
Módulo 5					
Módulo 6					
Módulo 7					
Módulo 8					
Módulo 9					

Sugestões: _____

4. O conteúdo de cada módulo atende aos objetivos instrucionais

Resposta	1 discordo totalmente	2 discordo parcialmente	3 indiferente	4 concordo parcialmente	5 concordo totalmente
Módulos					
Módulo 1					
Módulo 2					
Módulo 3					
Módulo 4					
Módulo 5					
Módulo 6					
Módulo 7					
Módulo 8					
Módulo 9					

Sugestões: _____

5. O conteúdo está explicitado de forma clara e de fácil compreensão

Resposta	1 discordo totalmente	2 discordo parcialmente	3 indiferente	4 concordo parcialmente	5 concordo totalmente
Módulos					
Módulo 1					
Módulo 2					
Módulo 3					
Módulo 4					
Módulo 5					
Módulo 6					
Módulo 7					
Módulo 8					
Módulo 9					

Sugestões: _____

6. As referências bibliográficas estão atualizadas e adequadas ao conteúdo

Resposta	1 discordo totalmente	2 discordo parcialmente	3 indiferente	4 concordo parcialmente	5 concordo totalmente
Módulos					
Módulo 1					
Módulo 2					
Módulo 3					
Módulo 4					
Módulo 5					
Módulo 6					
Módulo 7					
Módulo 8					
Módulo 9					

Sugestões: _____

7. Os exercícios são pertinentes ao conteúdo

Resposta	1 discordo totalmente	2 discordo parcialmente	3 indiferente	4 concordo parcialmente	5 concordo totalmente
Módulos					
Módulo 1					
Módulo 2					
Módulo 3					
Módulo 4					
Módulo 5					
Módulo 6					
Módulo 7					
Módulo 8					
Módulo 9					

Sugestões: _____

Outras sugestões: _____

APÊNDICE C – Termo de consentimento**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Título da pesquisa: **Transtornos depressivos: O processo de criação de um curso de atualização em ambiente de Educação a Distância**

Pesquisadora responsável: Mariluci Camargo Ferreira da Silva Candido

Orientadora: Antonia Regina Ferreira Furegato

Eu _____, _____ anos, recebi todas as informações da pesquisa que elabora e analisa o material didático de um curso a distância sobre depressão. Fui informado de que minha participação consiste em participar da análise do **material didático** deste curso. Comprometo-me a responder todos estes questionários e testes, os quais não poderão revelar minha identidade. Estou de acordo que as informações serão analisadas e utilizadas para ensino, pesquisa e divulgadas em forma impressa ou eletrônica.

Estou sabendo que, em nenhum momento, serei exposto(a) a riscos devido a minha participação nesta pesquisa. Sei também que a qualquer momento, poderei recusar-me a continuar, sem qualquer prejuízo para minha pessoa. Fui informado que não terei nenhum tipo de despesa, nem receberei nenhum pagamento pela minha participação nessa pesquisa. Concordo, voluntariamente, em participar deste estudo.

Ribeirão Preto, ____/____/____

(Assinatura)

(Nº do documento)

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)