



**Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra**

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

Daniela da Conceição Martins Gomes

CASO CLÍNICO

Coimbra, 2022



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

Daniela da Conceição Martins Gomes

CASO CLÍNICO

Este documento foi elaborado no âmbito do Ensino Clínico de Cuidados Primários/Diferenciados, na área de Saúde Mental e Psiquiátrica, integrado no 4º ano, 7º semestre do Curso de Licenciatura em Enfermagem, a decorrer no Serviço de Psiquiatria B, no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, sob orientação da Professora Sónia Pereira e Tutoria das Enfermeiras Aida Bessa e Elisabete Simões.

Coimbra, 2022

ABREVIATURAS E SIGLAS

AVD's – Atividades de Vida Diárias

CC – Caso Clínico

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EC – Ensino Clínico

ESEnfC – Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

ESMP – Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica

IMC – Índice de Massa Corporal

NHF – Necessidades Humanas Fundamentais

Kg – Quilogramas

m² – Metro quadrado

PC – Plano de Cuidados

sic – Segundo Informações colhidas

Sr. – Senhor

Sra. – Senhora

SU – Serviço de Urgência

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Exame do Estado Mental do Sr. A.G.....	15
Tabela 2 – Caraterização da situação clínica do Sr. A.G. segundo o Modelo das NHF de Virginia Henderson.....	19
Tabela 3 - Caraterização da situação clínica do Sr. A.G. segundo o Modelo de Adaptação ao Stress de Stuart do Sr. A.G.....	20
Tabela 4 – Plano de Cuidados do Sr. A.G.	23

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1. COLHEITA DE DADOS.....	11
1.1. DADOS DEMOGRÁFICOS DA PESSOA.....	11
1.2. MOTIVO DE INTERNAMENTO.....	11
1.3. HISTÓRIA DO DESENVOLVIMENTO DA PESSOA.....	11
1.4. HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA E ANTECEDENTES SAÚDE-DOENÇA.....	13
2. EXAME DO ESTADO MENTAL.....	15
3. GENOGRAMA E ECOMAPA.....	17
4. CARATERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO CLÍNICA	19
4.1. MODELO DAS NECESSIDADES HUMANAS FUNDAMENTAIS DE VIRGINIA HENDERSON.....	19
4.2. MODELO DE ADAPTAÇÃO AO STRESS DE STUART.....	20
5. RACIOCÍNIO CLÍNICO.....	21
6. PLANO DE CUIDADOS.....	23
CONCLUSÃO.....	25
BIBLIOGRAFIA.....	27

APÊNDICES

APÊNDICE I – Genograma do Sr. A.G.

APÊNDICE II – Ecomapa do Sr. A.G.

APÊNDICE III – Tabela terapêutica do Sr. A.G. no internamento

ANEXOS

ANEXO I - Fórmula de Cálculo do IMC e Tabela de Classificação do IMC no adulto

ANEXO II – Escala de avaliação da ansiedade de Hamilton a 12/09/2022

ANEXO III – Escala de avaliação da ansiedade de Hamilton a 16/09/2022

ANEXO IV – Escala de avaliação da autoestima de Rosenberg a 12/09/2022

ANEXO V – Escala de avaliação da autoestima de Rosenberg a 16/09/2022

INTRODUÇÃO

O Caso Clínico (CC) surge como elemento de avaliação no âmbito do Ensino Clínico (EC) de Cuidados Primários/Diferenciados, na Área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica (ESMP), do 7º semestre do Curso de Licenciatura em Enfermagem, a decorrer no serviço de Psiquiatria B, do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), sob orientação da professora Sónia Pereira e tutoria das Enfermeiras Aida Bessa e Elisabete Simões.

A pessoa seleccionada para este estudo foi um senhor (Sr.) que teve como diagnóstico médico Psicose Aguda Transitória. O que me levou a escolher este utente foi o facto de se mostrar reservado e pouco comunicativo com os pares, o que fez com que eu fosse conversar com ele. Rapidamente ele revelou uma grande necessidade de falar e expressar sentimentos, contando a sua história e acabou por se criar uma grande empatia e relação de confiança. Além deste motivo o utente foi assertivo e colaborante, mostrou sempre um discurso claro e coerente, rico em informações sobre si próprio.

Para a realização deste estudo o consentimento foi presumido e a pessoa em estudo será designada por A.G. ao longo deste documento, respeitando o Artigo 106º - Do dever de sigilo: 1 – O enfermeiro está obrigado a guardar segredo profissional sobre o que toma conhecimento no exercício da sua profissão, assumindo o dever de: a) Considerar confidencial toda a informação acerca do alvo de cuidados e da família, qualquer que seja a fonte; (...) d) Manter o anonimato da pessoa sempre que o seu caso for usado em situações de ensino, investigação ou controlo da qualidade de cuidados. (Lei nº 156/2015)

Com este trabalho pretendo analisar a pessoa com doença psíquica seleccionada, de forma a evidenciar um plano de cuidados e de atividades de enfermagem, organizadas sob a forma de focos, diagnósticos e intervenções de enfermagem, de acordo com a taxonomia da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Assim, com a elaboração deste CC, proponho-me a desenvolver competências comunicacionais, observacionais e relacionais, de forma a estabelecer relação de ajuda, bem como escuta ativa, e ainda ser capaz de analisar a situação clínica da pessoa seleccionada, através da utilização do Modelo das Necessidades Humanas Fundamentais (NHF) de Virgínia Henderson. Proponho-me ainda a efetuar uma avaliação da pessoa através do Exame do Estado Mental bem como através do Modelo de Adaptação ao Stress de Stuart, de forma a melhorar a minha capacidade de avaliação clínica, organizar e sistematizar informação recolhida, formular diagnósticos

e intervenções de enfermagem segundo a CIPE, e por fim, avaliar os resultados obtidos, bem como a evolução clínica da pessoa.

A elaboração deste trabalho teve como metodologias observação, entrevista, consulta do guia de elaboração de trabalhos escritos da ESEnfC, guia orientador do EC, pesquisa, as cinco fases do processo de enfermagem, e a CIPE com a finalidade de identificar os focos prioritários, e a partir dos mesmos, propor e implementar intervenções de enfermagem com o fim de maximizar a independência da pessoa, atendendo sempre aos domínios de intervenção (conhecimento, capacidade e motivação). Efetuei também pesquisas bibliográficas com recurso a artigos científicos e de literatura.

Este documento encontra-se dividido em introdução, desenvolvimento e conclusão. O desenvolvimento está estruturado em 6 capítulos: o primeiro refere-se à colheita de dados, o segundo aborda o Exame do Estado Mental, o terceiro relata o Genograma e o Ecomapa, o quarto retrata a caracterização da situação clínica segundo o Modelo das Necessidades Humanas Fundamentais de Virginia Henderson e o Modelo de Adaptação ao Stress de Stuart, o quinto refere-se ao Raciocínio Clínico e por fim, o sexto aborda o Plano de Cuidados.

1. COLHEITA DE DADOS

Segundo Phaneuf (2001), a colheita de dados é:

Um processo organizado e sistematizado de busca de informação feita a partir de diversas fontes a fim de descobrir o grau de satisfação das diferentes necessidades da pessoa, de identificar assim os seus prolemas, de conhecer os seus recursos pessoais e de planificar intervenções suscetíveis de a ajudar. (p. 119).

1.1. DADOS DEMOGRÁFICOS DA PESSOA

O utente em estudo é o Sr. A.G., do sexo masculino e tem 34 anos.

1.2. MOTIVO DE INTERNAMENTO

O Sr. A.G. deu entrada no Serviço de Psiquiatria B do CHUC – Polo HUC, no dia 10 de setembro de 2022, proveniente do Serviço de Urgência (SU) do mesmo hospital na noite anterior.

Segundo o processo clínico, recorreu ao SU acompanhado pela esposa, por sentir “uma confusão muito grande na cabeça” com vários dias de evolução, admitindo ouvir vozes “chamam-me nomes, dizem que sou *gay*...para me matar” [sic]. Apresentava-se com olhar perplexo, elevado tempo de latência de resposta e com dificuldade em responder às questões colocadas, mesmo quando simples. A esposa explicou que o quadro teve início no próprio dia durante a tarde, em contexto de privação de sono significativa, com grandes semelhanças a um internamento anterior no Serviço de Psiquiatria em 2018.

1.3. HISTÓRIA DO DESENVOLVIMENTO DA PESSOA

O Sr. A.G. nasceu em Coimbra a 11 de maio de 1988, é o quarto filho do casal composto pelo Sr. J.G. e pela senhora (Sra.) L.P., que tiveram um total de cinco filhos, todos do sexo masculino.

O utente revela ter tido uma infância difícil por se identificar mais com o género feminino do que masculino, tendo sido alvo de comentários cruéis por parte das outras crianças na escola, sofrendo assim de *bullying*. Assume que viveu sempre para agradar aos outros e “não se sente bom o suficiente”, por este motivo estudou Licenciatura em Direito, “para provar aos outros que era capaz” [sic]. Demorou algum tempo para terminar o curso por este não ser do seu agrado e foi também na faculdade que começaram os episódios de ansiedade e insónias, principalmente

antes dos exames. Tentou por várias vezes fazer o exame da Ordem dos Advogados, sem sucesso.

O Sr. A.G. diz ser muito próximo da sua mãe, L.P., mas muito distante do seu pai J.G., tendo uma relação conflituosa devido a este ser “muito austero e exigente” *[sic]* a nível académico e pessoal. Revela ter sentido falta de apoio desde a infância e sentir barreiras na comunicação.

Conheceu a esposa, T.M., no tempo da faculdade e casaram em 2015, do casamento resultaram dois filhos – (L.G., com 6 anos, sexo feminino e M.G., com 2 anos, sexo masculino). Descreve a relação com a esposa como estável, baseada na confiança e amizade, no entanto refere que ultimamente não se sente feliz com ela, por se sentir confuso em relação à sua identidade de género e ter perdido o interesse sexual por ela. Revela ter atração sexual por ambos os sexos e sente uma grande pressão da sociedade em geral para ser homem, se comportar como tal e “gostar de coisas que os homens gostam”. *[sic]*

Após o casamento o Sr. A.G. conta ter ido viver para casa da sogra, onde também residia o cunhado, com quem tem uma relação muito conflituosa, sentindo-se perturbado pela sua presença por este ser toxicodependente e ter uma doença psiquiátrica. Foi através do contacto com este cunhado que o utente diz ter percebido que “tal como ele, tinha uma doença psiquiátrica” *[sic]* e foi por esse motivo e por ausência de atividade laboral que justifica o internamento em 2018. Nessa altura, o cunhado causava-lhe uma ansiedade muito grande por consumir e vender drogas dentro de casa, onde o senhor A.G. já tinha a sua filha recém-nascida. A relação com o cunhado continua a ser conturbada nos dias de hoje, embora tenham mudado de casa após o internamento em 2018, passando o agregado familiar a ser constituído apenas pelo utente, a esposa e os dois filhos. O Sr. A.G. atribui parcialmente ao cunhado o facto de estar neste momento a sofrer de doença psiquiátrica, pois ele continua presente na sua vida e o utente e a esposa são responsáveis por dar algum apoio nas Atividades de Vida Diárias (AVD's) do mesmo.

Apesar de ser licenciado em Direito, o Sr. A.G. nunca trabalhou na área, ocupando-se apenas a fazer alguns projetos de ilustração, como quadros e retratos que vende, no entanto não aufera dinheiro suficiente e tem problemas de cariz económico. Tentou por várias vezes arranjar emprego, mas como duvida de si próprio nunca conseguiu e lamenta não ser autossuficiente “eu não me sustento (...)”, diz com alguma mágoa. Mesmo os projetos de ilustração, afirma deixar atrasar as

encomendas e chega mesmo a não as entregar por achar que não estão boas o suficiente.

No internamento, sente-se ansioso por não saber exatamente o que tem e questiona-se como pode seguir em frente com a família e com a própria vida após o episódio psicótico que o levou ao SU. Sente-se também muito preocupado e choroso por ter brevemente a festa de aniversário dos filhos e não poder ir. Ainda assim, o internamento foi bem aceite e mostra uma grande vontade de superação “primeiro tenho que ficar bem... para poder apostar nos meus projetos e arranjar emprego”, *[sic]* fazendo assim projetos para o futuro.

1.4. HISTÓRIA PSIQUIÁTRICA E ANTECEDENTES SAÚDE-DOENÇA

O Sr. A.G. refere ter sido saudável na sua infância. Durante este período diz ter sido operado às amígdalas, embora não se lembre da idade que tinha com precisão. Não apresenta alergias conhecidas e tem o boletim de vacinas atualizado.

Segundo o processo clínico, o utente teve um internamento prévio no serviço de Psiquiatria B em 2018, apresentando irritabilidade, labilidade emocional e ideação autorreferencial delirante em contexto de privação de sono total durante três noites, sendo diagnosticado com Psicose Aguda e Transitória. Foi acompanhado em consulta de Psiquiatria durante os dois anos seguintes e acabou por ter alta por não apresentar sintomatologia.

2. EXAME DO ESTADO MENTAL

O Exame do Estado Mental do Sr. A.G. presente neste capítulo foi efetuado no dia 12 de setembro de 2022.

Tabela 1 - Exame do Estado Mental do Sr. A.G.

Aspeto geral, atitude e resposta ao contato	O utente demonstrou um grande à vontade para responder à entrevista após lhe ser assegurada a manutenção de sigilo e da privacidade. Manteve-se sentado, com uma postura descontraída. Encontrava-se vestido com o pijama do hospital, apresentado uma imagem limpa, mas um pouco descuidada, sem grande preocupação com a sua aparência. Não foram observados quaisquer tipos de anomalias físicas. A sua idade aparente corresponde à sua idade real. Durante a entrevista, a expressão facial do utente foi-se alterando, entre fâcies triste, neutro ou de felicidade consoante os temas abordados. Relativamente ao contacto estabelecido, o utente manteve o contacto visual, colaborando em todos os temas.
Estado de consciência, orientação e atenção	O Sr. A.G. encontrava-se com consciência de si próprio, da realidade, da experiência do momento, apresentando clareza de consciência. Apresentava-se orientado auto e alopsiquicamente conseguindo identificar o local onde se situava e mencionar informações como o dia, mês e ano em que se encontrava e também referenciar todos os seus dados pessoais. Manteve a atenção ativa ao longo da entrevista, com ausência de distratibilidade e manutenção da atenção.
Funções biológicas vitais	O utente apresentava conservação do apetite e tem por hábito a ingestão hídrica entre as refeições, cerca de 2 litros por dia. Relativamente ao sono, o Sr. A.G. afirmou que sente dificuldades em adormecer (insónia inicial), mas depois consegue ter um sono profundo e reparador. No internamento também tem tido insónia intermitente. Sobre o instinto de conservação, o utente referiu nunca ter tido pensamentos suicidas. Em relação à libido, o utente referiu sentir mais atração física por homens e sente a libido diminuída no que diz respeito à esposa.
Motricidade	O utente apresentou-se descontraído na maioria da entrevista e inquieto ao falar de temas mais sensíveis. Tinha alinhamento corporal adequado e exibiu uma boa coordenação de movimentos.
Humor, emoções, ansiedade	O Sr. A.G. apresentou um humor eufímico, expressando diversas emoções (tristeza, alegria) ao longo da entrevista, em concordância com os temas abordados. Afirmou que em momentos de stress acaba por ter alguma compulsão alimentar. Ao longo da entrevista mostrou-se ansioso relativamente ao estado de saúde atual, bem como outros temas sensíveis. Foi aplicada a escala da ansiedade de

	Hamilton (ANEXO II), obtendo um score de 18 pontos – ansiedade em grau moderado.
Linguagem e discurso	O utente manteve um discurso coerente, fluido e organizado, apresentando uma correta articulação das palavras. Manteve um tom de voz ajustado e demonstrou capacidade de responder às perguntas efetuadas. Foi possível observar concordância entre a linguagem verbal e não verbal. Apresentou capacidades de escrita e leitura preservadas.
Memória	O utente não demonstrou alterações da memória, sendo capaz de relembrar acontecimentos significativos relativos à sua vida, correspondentes com a realidade. Foi possível verificar ainda que a memória a curto prazo se encontrava igualmente preservada.
Pensamento	Ao longo da entrevista o Sr. A.G. não demonstrou alterações do pensamento, demonstrando fluidez, coerência e organização.
Percepção	O Sr. A.G. apresentou um discurso coerente, assim como consciência da realidade em que se situava, não apresentando distorções ou erros sensoriais.
Insight e juízo crítico	O utente demonstrou possuir <i>insight</i> e juízo crítico, uma vez que reconheceu que tem uma doença mental e teve a iniciativa de procurar ajuda. Reconhece que precisa da terapêutica prescrita para recuperar. Refere sentir dificuldade para tomar decisões. Questiona que repercussão terá a sua doença na família.
Inteligência	Ao longo da entrevista, foi possível observar que o Sr. A.G. possui capacidade mental de raciocinar, planejar, resolver problemas, abstrair ideias e compreender ideias e linguagens.

3. GENOGRAMA E ECOMAPA

O genograma é um instrumento de avaliação familiar que consiste no diagrama do grupo familiar ou árvore genealógica que representa a estrutura familiar interna e evidencia o sistema relacional familiar. (Cruzeiro, Neves, Silva & Tanqueiro, 2019)

Como se pode observar no genograma (**APÊNDICE I**), o Sr. A.G. é ilustrador e apresenta como antecedente psicose aguda transitória. É casado com a Sra. T.M., de 40 anos, que é assistente dentária e têm uma filha, L.G. com 6 anos e um filho, M.G. com dois anos. O agregado familiar é constituído pelo utente, a esposa e os seus dois filhos. O pai do Sr. A.G. é o Sr. J.G., que é engenheiro civil, tem 59 anos e é casado com a Sra. L.P., que é médica e tem 56 anos. Deste casamento resultaram cinco filhos: L.G., C.G., N.G., A.G. e R.G. O sogro do utente em estudo, Sr. A.M., já faleceu e era casado com a Sra. M.L., que é reformada e foi professora de ensino básico. Este casal, além da Sra. T.M. tem mais um filho, o Sr. P.M., que está desempregado, é toxicodependente e tem uma doença psiquiátrica que o Sr. A.G. não soube especificar.

O ecomapa consiste numa representação visual da unidade familiar em relação à comunidade, mostrando as relações da família entre si o mundo que a rodeia, frisando os fluxos e ou a falta de recursos (Cruzeiro, Neves, Silva & Tanqueiro, 2019).

Ao observar o ecomapa (**APÊNDICE II**), podemos verificar que o Sr. A.G. apresenta diversas relações, de intensidades diferentes, com várias estruturas/pessoas da sua comunidade. No internamento, a relação com os profissionais de saúde caracteriza-se por um vínculo moderado com fluxo de energia recíproco, uma vez que o utente aceitou o internamento, adere à terapêutica, interage com cordialidade e procura ajuda quando precisa. No que diz respeito à esposa, o vínculo caracteriza-se como moderado com fluxo de energia recíproco, pois o utente apesar de se sentir confuso com o casamento afirma haver uma grande amizade. Já com os filhos o vínculo é forte, o Sr. A.G. fala muito dos filhos e do quanto tem saudades deles, tendo ficado muito angustiado com a incerteza de poder estar ou não presente na festa de aniversário dos mesmos. Com os irmãos o utente diz ter alguma proximidade, mas não passam muito tempo juntos, sendo este vínculo moderado com fluxo de energia recíproco. No que concerne aos amigos, o Sr. A.G. diz ter um grande grupo de amigos que o apoiam e que estão juntos várias vezes, claramente um relacionamento com um vínculo forte. Já no que diz respeito ao cunhado, o utente diz que a presença dele o incomoda bastante, havendo assim um relacionamento conflituoso. Quando questionado acerca da sua religião, o utente diz ser católico não praticante, por este motivo existe um vínculo moderado sem qualquer fluxo de energia. O Sr. A.G. fala com muito carinho da sua mãe e afirma que ela é o seu

grande apoio, por isso a relação é forte. Já relativamente ao pai o mesmo não se aplica e o utente diz nunca ter tido apoio do pai e terem um vínculo quase inexistente por este motivo. Por último, considero que a relação do utente com o trabalho de ilustrador é uma relação conflituosa, uma vez que é fonte de stress e tem dificuldade em terminar as encomendas a tempo.

4. CARATERIZAÇÃO DA SITUAÇÃO CLÍNICA

Neste capítulo será abordada a caracterização da situação clínica do utente segundo o Modelo das Necessidades Humanas Fundamentais de Virginia Henderson e segundo o Modelo de Adaptação ao Stress de Stuart.

4.1. MODELO DAS NECESSIDADES HUMANAS FUNDAMENTAIS DE VIRGINIA HENDERSON

No presente capítulo, será realizada a caracterização da situação clínica através de uma análise da pessoa pela avaliação das NHF segundo o Modelo de Virginia Henderson, com informações obtidas no dia 12 de setembro de 2022. O Modelo Conceptual de Virgínia Henderson pode ser descrito como uma “organização concetual dos cuidados de enfermagem, baseado no conhecimento e na satisfação das necessidades da pessoa em referência ao desenvolvimento ótimo da sua independência” (Phaneuf, 2001, p. 36). Neste sentido, a pessoa é vista como um todo, apresentando catorze necessidades humanas fundamentais interdependentes, cuja satisfação é fundamental para o seu equilíbrio. No entanto, irão ser abordadas apenas as necessidades que se encontrarem alteradas, embora todas tivessem sido alvo de atenção.

Tabela 2 - Caraterização da situação clínica do Sr. A.G. segundo o Modelo das NHF de Virginia Henderson

NHF	Caraterização da dependência/fonte de dificuldade
Comer e beber	O Sr. A.G. refere que em períodos de maior <i>stress</i> comete erros alimentares (come doces, aperitivos) e depois sente-se arrependido – mecanismo compensatório devido à ansiedade. O utente apresenta um Índice de Massa Corporal (IMC) de 36,7 Kg/m ² , o que indica obesidade grau II (ANEXO I).
Dormir e repousar	O utente diz ter dificuldade em adormecer - Insónia inicial. No internamento a dificuldade é acentuada e insónia é intermitente (justifica-se com desconforto no leito, ruídos e demasiada claridade)
Evitar perigos	O utente refere sentir medo de que algo de mal aconteça e sente uma grande inquietação por não conseguir tomar decisões - Ansiedade
Comunicar com os seus semelhantes	O Sr. A.G. afirma ter dificuldade em expressar os sentimentos à sua família - Ansiedade
Agir segundo crenças e valores	O utente diz ter passado a vida a reprimir os seus sentimentos e sofre com isso. Evita falar com as pessoas próximas por receio de ser julgado – Baixa autoestima
Ocupar-se com vista a realizar-se	O utente não trabalha e não se sente realizado, sente que não é autossuficiente – Baixa autoestima

Recrear-se	O Sr. A.G. diz sentir uma pressão muito grande em mostrar aquilo que não é quando está com os pares do sexo masculino. Gostava de fazer natação, mas “arranja desculpas para não o fazer” [sic] – Baixa autoestima
-------------------	--

4.2. MODELO DE ADAPTAÇÃO AO STRESS DE STUART

Este modelo baseia-se em uma perspetiva holística, integrando vários componentes, entre os quais os fatores predisponentes, precipitantes, a avaliação do stressor, os recursos de adaptação, os mecanismos de adequação e um continuum de respostas de ajustamento (Mendes, A. C., Marques, M. I., Monteiro, A. P., Barroso, T., & Quaresma, M. H., 2018). Assim, o Modelo de Adaptação ao Stress de Stuart vê o comportamento humano sob uma perspetiva holística que integra os aspetos biológicos, psicológicos, socioculturais, regendo-se por um conjunto de premissas teóricas que fundamentam o estudo da pessoa selecionada.

Tabela 3 - Caraterização da situação clínica do Sr. A.G. segundo o Modelo de Adaptação ao Stress de Stuart do Sr. A.G.

Fatores Predisponentes	Biológicos: história de psicose aguda transitória; obesidade grau II; hábitos tabágicos (ex-fumador), consumos de canabíoides no passado; Psicológicos: baixa autoestima, ansiedade, capacidade adaptativa comprometida; Socioculturais: 34 anos; sexo masculino; licenciado; desempregado; carência de suporte familiar; alvo de <i>bullying</i> na infância/adolescência.
Stressores Desencadeantes	Nunca ter tido uma ocupação laboral; Proximidade com cunhado com doença psiquiátrica; Conflito interior relativo à orientação sexual.
Avaliação dos Stressores	As situações indutoras de stress relativas à ocupação laboral e orientação sexual são avaliadas como “desafio”. Já a situação relativa ao cunhado é avaliada como “ameaça”. A nível da resposta afetiva verifica-se o desenvolvimento de uma reação de ansiedade e inquietude. No que diz respeito à resposta social, o utente procura a “comparação social” ao comparar a sua doença com a do cunhado.
Recursos de Adaptação	Apresenta capacidade de identificar os problemas, mas não encontra alternativas e estratégias que os resolvam. Afirmar ter um bom suporte social, no entanto não consegue expressar emoções com as pessoas próximas, pois “é mais fácil desabafar com uma pessoa desconhecida” [sic]
Mecanismos de Adaptação	O Sr. A.G. utiliza um mecanismo de <i>coping</i> destrutivo focalizado na emoção, manifestado pela alimentação compulsiva. Tem perceção e expectativa das próprias capacidades diminuída. Apresenta dificuldade no estabelecimento de estratégias de enfrentamento.

5. RACIOCÍNIO CLÍNICO

O presente capítulo tem como finalidade uma análise crítica sobre a informação recolhida através da entrevista, identificando focos, diagnósticos e intervenções de enfermagem prioritárias na situação clínica do Sr. A.G., com base essencialmente na informação presente no exame do estado mental e na caracterização da situação clínica através de uma análise da pessoa pela avaliação das NHF segundo o Modelo de Virginia Henderson.

Desta forma, após a análise e interpretação dos dados obtidos, com recurso à CIPE (2015) foi possível identificar os seguintes diagnósticos prioritários de enfermagem: ansiedade e insónia e autoestima diminuída. No que diz respeito ao diagnóstico de compulsão alimentar não considero que seja prioritário neste momento pois está diretamente relacionado com o diagnóstico prioritário de ansiedade.

Primeiramente, delinee o diagnóstico de “ansiedade” e para tal aplicou-se a escala de ansiedade de Hamilton (**ANEXO II**) ao Sr. A.G. obtendo-se um score total de 18 pontos, correspondentes a ansiedade em grau moderado, sendo notória a manifestação física de alguns indicadores da presença desta perturbação, como por exemplo as insónias. Posto isto, é fundamental a promoção da interação social e da realização de atividades ocupacionais no sentido de reduzir a tensão e manifestação física da ansiedade, minimizando o seu impacto na sua saúde física, emocional e mental.

De seguida identifiquei como foco e diagnóstico “insónia”, uma vez que o Sr. A.G. verbalizou já ter dificuldade em adormecer no domicílio, conseguindo ter depois um sono reparador, caracterizando-se assim a insónia inicial. No internamento agravou-se este problema e o utente afirma também acordar várias vezes durante a noite e sentir que não descansou, estamos assim perante insónia intermitente. No entanto, o que aconteceu antes de ambos os internamentos no serviço de Psiquiatria B foi uma privação significativa do sono, o que levou a alterações do conteúdo do pensamento. A privação de sono e as doenças psiquiátricas estão intimamente ligadas como consequência da desregulação do ritmo circadiano. (Winkelman, J. & Lecea, L., 2020). Assim, sendo o sono um período de repouso que o organismo necessita para renovar as energias, é necessário intervir de forma a melhorar a qualidade do mesmo.

Ao realizar a entrevista, o utente verbalizou várias vezes sentir que “não era bom o suficiente...tenho vivido sempre para agradar os outros” [sic] e não tem motivos para

se orgulhar de si próprio. Afirma que o pai sempre foi muito exigente com ele e que não o apoia. Revelou uma grande insegurança relativamente às ilustrações que faz, nunca ficando satisfeito e atrasando encomendas por medo de que os clientes não gostem do resultado. Conta que na infância as outras crianças gozavam com ele por “não se identificar com brincadeiras de rapazes” [sic]. Refere uma grande dificuldade no que diz respeito à toma de decisões. Analisando estas afirmações, levantei o diagnóstico de “baixa autoestima” e apliquei a escala de autoestima de Rosenberg (**ANEXO IV**), obtendo um score de 21 pontos, o que revela uma baixa autoestima. Posto isto é importante que ao longo do internamento se vá trabalhando a autoconfiança, o autoconceito e a autovalorização de forma que o utente consiga ultrapassar as barreiras que o impedem de realizar os seus projetos.

É, ainda, relevante referir que o Sr. H.P. não apresenta alterações cognitivas, que comprometam a aplicação do Processo de Enfermagem e a implementação de intervenções adequadas e personalizadas.

Após o anteriormente referido é importante elaborar um Plano de Cuidados (PC) completo e personalizado, capaz de suprimir ou diminuir os problemas antes mencionados. O PC surge como um facilitador da sistematização das ações e intervenções de Enfermagem, contribuindo não só na avaliação dos benefícios, mas também, na adaptação da pessoa aos cuidados (Phaneuf, 2001)

6. PLANO DE CUIDADOS

Considerando o anterior raciocínio clínico e a avaliação do Sr. A.G., apresento uma proposta do PC, baseando os diagnósticos e intervenções na CIPE (2015).

Tabela 4 - Plano de Cuidados do Sr. A.G.

Data de início: 12/09/2022 Data de fim: 16/09/2022	Focos/ Diagnósticos de Enfermagem	Objetivo	Intervenções autónomas	Avaliação
	<u>Ansiedade</u>	Que o utente seja capaz de diminuir o nível de ansiedade para grau reduzido, no final da semana.	• Avaliar o nível de ansiedade através da escala de ansiedade de Hamilton (repetir dentro de 3 dias) • Assistir a identificar fatores desencadeantes de ansiedade. • Vigiar ansiedade. • Promover a comunicação efetiva de emoções. • Executar técnica de apoio emocional e escuta ativa. • Instruir sobre técnica de respiração e relaxamento. • Executar técnica de distração. • Explorar e promover estratégias de coping utilizadas. • Incentivar atividades de lazer e a comunicação com os pares. • Gerir terapêutica medicamentosa (SOS).	• 12/09/2022: Aplicada a escala de ansiedade de Hamilton (ANEXO II) na qual apresentou um score de 18 pontos, que corresponde a ansiedade em grau moderado. Recetivo e colaborante na técnica de respiração e relaxamento. • 16/09/2022: Aplicada a escala de ansiedade de Hamilton (ANEXO III) na qual apresentou um score de 14 pontos, reduzindo assim para ansiedade em grau reduzido. Adquiriu conhecimento sobre a técnica de respiração e relaxamento. Começou a utilizar o desenho e a ilustração como estratégia de <i>coping</i> no internamento. Começou a ir para a sala de convívio jogar bilhar com os pares. Superou a

				não comparência ao aniversário dos filhos ao fazer um topo de bolo para “estar presente” de outra forma. Ansiedade melhorada.
<u>Insónia</u>	Que o utente seja capaz de iniciar o sono mais rapidamente, mantendo por pelo menos 8h/noite durante a semana.	• Gerir ambiente físico. • Vigiar o sono. • Ensinar sobre estratégias facilitadoras do sono. • Restringir sono durante o dia. • Ensinar, instruir e treinar técnica de relaxamento todos os dias antes de ir dormir. • Gerir terapêutica medicamentosa (SOS)	• 12/09/2022: Utente refere insónia inicial e intermitente. Cumpre a terapêutica prescrita (APÊNDICE III). • 16/09/2022: Mantém dificuldade em adormecer, mas afirma ter tido menos despertares noturnos. Cumpre a terapêutica prescrita (APÊNDICE III).	
<u>Baixa autoestima</u>	Que o utente seja capaz de aumentar o nível de autoestima para normal, dentro de 3 dias.	• Avaliar o nível de autoestima através da escala de autoestima de Rosenberg (repetir dentro de 3 dias). • Explorar sucessos prévios. • Incentivar comunicação expressiva de emoções. • Encorajar a aceitar novos desafios. • Providenciar apoio emocional. • Assistir na definição de metas realistas que permitam aumentar a autoestima. • Facilitar ambiente e o envolvimento em atividades que permitam aumentar a autoestima. • Assistir na identificação de respostas positivas por parte dos outros.	• 12/09/2022: Aplicada a escala de autoestima de Rosenberg (ANEXO IV) na qual apresentou um score de 21 pontos, o que corresponde a baixa autoestima. • 16/09/2022: Aplicada a escala de autoestima de Rosenberg (ANEXO V) na qual apresentou um score de 18 pontos, o que mostra uma melhoria, mas ainda assim corresponde a baixa autoestima. Projeta-se no futuro, pretende investir nos projetos de ilustração. Autoestima melhorada.	

CONCLUSÃO

A elaboração deste trabalho proporcionou-me diversos momentos de aprendizagem, como o desenvolvimento de competências observacionais e comunicacionais, assim como o desenvolvimento de escuta ativa, no decorrer colheita de dados da pessoa em estudo. Foi assim evidenciada a necessidade de saber ser, de saber-estar e de saber-fazer; desenvolvendo em mim a consciência da importância das relações intra e interpessoais, sendo esta interligação um dos alicerces da relação terapêutica indispensável à prática do cuidar em Saúde Mental.

Relativamente aos ganhos em saúde da pessoa em estudo, o Sr. A.G. teve alta clínica a 16/09/2022 e mostrou uma evolução positiva ao longo do internamento, conseguindo gerir melhor a sua ansiedade com uma redução significativa dos sinais e sintomas da mesma, tal como a insónia, que com a técnica de relaxamento e gestão da terapêutica melhorou ligeiramente, sendo esperado que no conforto do domicílio tenha uma melhoria mais significativa. O utente revelou vontade em investir nos seus projetos de ilustração, sendo reforçada e compreendida a necessidade de autoconfiança para o sucesso dos mesmos. A melhoria da autoestima foi pouco significativa, o que é compreensível uma vez que é um aspeto que precisa de ser trabalhado ao longo do tempo. O Sr. A.G. teve alta acompanhado pela esposa, com pedido de acompanhamento em consulta externa de Psiquiatria e prescrição da terapêutica a realizar no domicílio.

No que concerne aos objetivos propostos inicialmente, considero que foram atingidos com sucesso dado que desenvolvi várias competências, como a comunicação e direção do discurso, competências clínicas, psicossociais, ético deontológicas e de desenvolvimento pessoal, tal como o pensamento crítico quer na avaliação da pessoa em estudo, quer na aplicação do processo de enfermagem, a colheita de dados, a capacidade de identificação de diagnósticos e elaboração de intervenções de enfermagem, com recurso a diferentes instrumentos da avaliação. Todos estes objetivos consideram-se importantes tanto para o meu futuro enquanto enfermeira, como para o meu percurso académico.

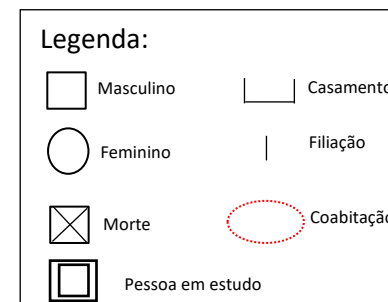
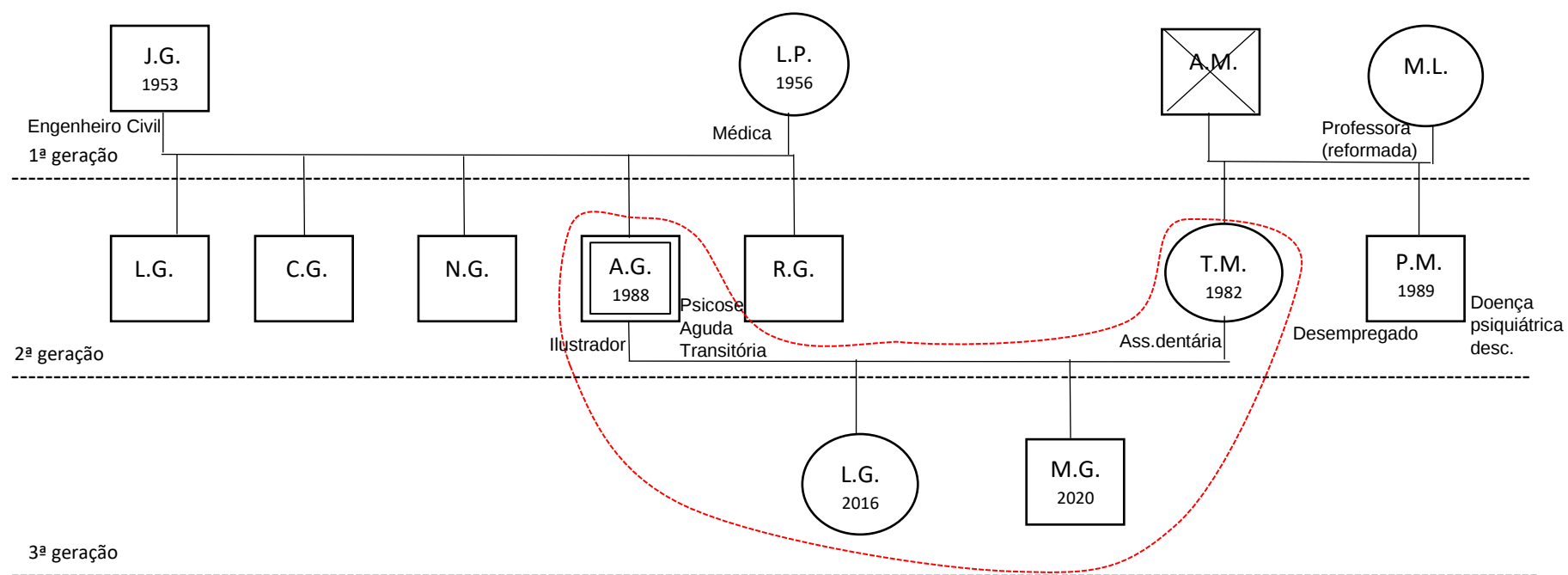
Durante este EC surgiram algumas dificuldades, mas que sempre fui tentando esclarecer através de pesquisas bibliográficas. As dificuldades sentidas incidiram sobretudo na avaliação através do Modelo de Adaptação ao Stress de Stuart, definição dos diagnósticos de enfermagem prioritários e na síntese e organização da informação recolhida. Apesar das dificuldades mencionadas anteriormente, considero que consegui ultrapassá-las, melhorando substancialmente.

Em suma, considero que este trabalho contribuiu de forma significativa para o meu desenvolvimento, e para a consolidação prática de conhecimentos teóricos, tendo sido ainda vantajoso o contacto com esta área de enfermagem, na medida em que me permitiu compreender a importância e as especificidades da prestação de cuidados à pessoa com doença psiquiátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Cruzeiro, C., Neves, M., Silva, M., & Tanqueiro, T. (2019). *Instrumentos de avaliação familiar. Avaliação estrutural: genograma, ecomapa, teste de Graffar*. Coimbra, Portugal: Autor.
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (2016). *Guia de Elaboração de Trabalhos Escritos*. Recuperado de: <https://www.esenfc.pt>
- Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. (2022). *Guia Orientador do Ensino Clínico – Cuidados Primários/Diferenciados: Área de Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica*. Coimbra, Portugal. Recuperado de: www.esenfc.pt
- Lei nº 156/2015 de 16 de setembro. Diário da República nº 181, 1ª série. Assembleia da República. Lisboa. Portugal
- Mendes, A. C., Marques, M. I., Monteiro, A. P., Barroso, T., & Quaresma, M. H. (2018). *Educação em enfermagem de saúde mental e psiquiatria no curso de licenciatura em enfermagem*. SMAD Revista Eletrónica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição Em Português), 14(2), 73–83. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000366>
- Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Recuperado de https://futuraenf.files.wordpress.com/2017/04/cipe_2015.pdf
- Phaneuf, M. (2001). *Planificação de cuidados: um sistema integrado e personalizado*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Winckelman, J. & Lecea, L. (2020). Sleep and neuropsychiatric illness. *Neuropsychopharmacology* (2020) 45:1–2; <https://doi.org/10.1038/s41386-019-0514-5>

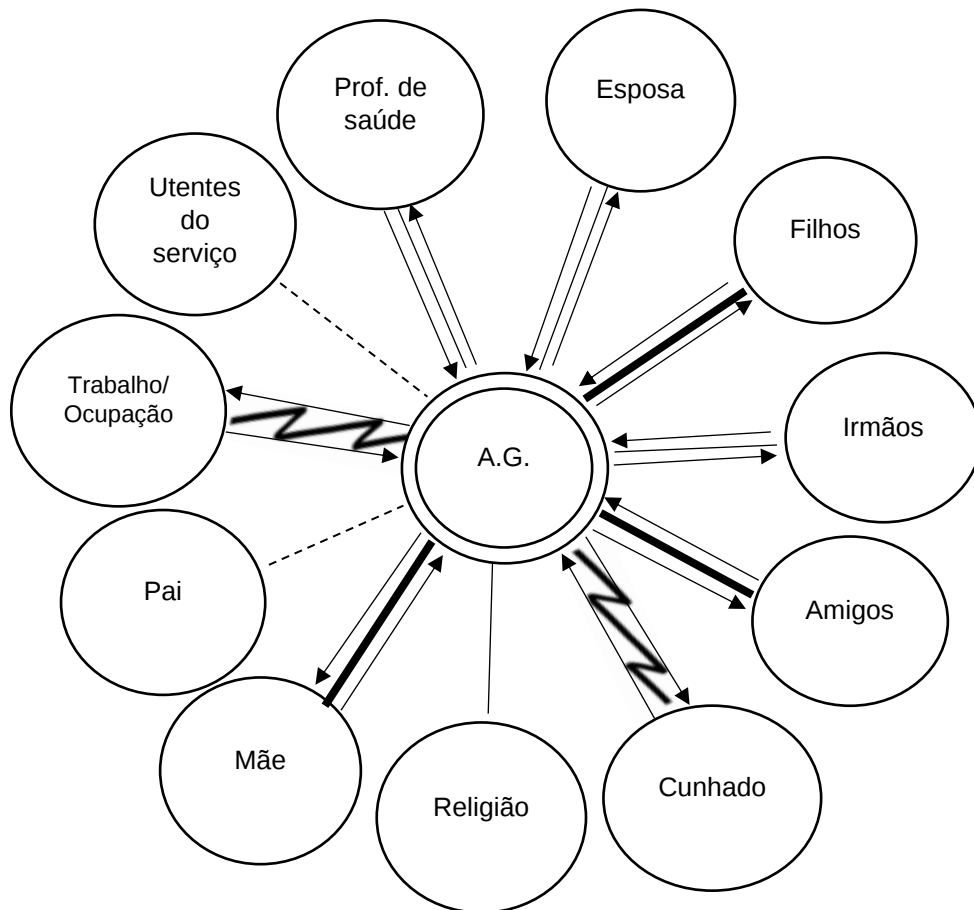
APÊNDICE I Genograma do Sr. A.G.



Fonte: Autor

APÊNDICE II

Ecomapa do Sr. A.G.



LEGENDA:

- Relação incerta
- ~~~~~ Relação conflituosa
- Relação moderada
- == Relação forte
- ↔ Fluxo de energia
- ↔ Fluxo de energia
- ⊙ Indivíduo em estudo

Fonte: Autor

APÊNDICE III

Tabela terapêutica do Sr. A.G. no internamento

Horário	Frequência	Fármaco	Dose	Via	Indicações	Efeitos adversos mais frequentes	Contraindicações
09:00 19:00	2id SOS	Risperidona (antipsicótico)	1 mg	Oral	Esquizofrenia Perturbação bipolar Perturbação de conduta	Insónia Sedação Sonolência Agitação Tonturas	Hipersensibilidade
22:00	1id	Quetiapina (antipsicótico)	100 mg	Oral	Esquizofrenia Perturbação bipolar	Hemoglobina diminuída Aumento dos níveis séricos de triglicéridos Tonturas Sonolência Cefaleia Boca seca Sintomas de abstinência terapêutica	Hipersensibilidade Inibidores da protease-VIH, fármacos antifúngicos do grupo azol, eritromicina, claritromicina e nefazodona
23:00	Noite SOS	Lorazepam (ansiolítico)	2,5 mg	Oral	Ansiedade Insónia	Sedação Fadiga Sonolência Confusão Náuseas Fraqueza muscular	Hipersensibilidade Insuficiência respiratória ou hepática grave Síndrome de apneia do sono Miastenia grave
----	SOS	Haloperidol (antipsicótico)	5 mg	IM	Controlo rápido da agitação psicomotora aguda grave associada a doença psicótica ou episódios maníacos de perturbação bipolar I	Agitação Insónia Cefaleias Efeitos extrapiramidais	Hipersensibilidade Estado de coma Depressão do sistema nervoso central (SNC). Doença de Parkinson. Demência de corpos de Lewy. Enfarte agudo do miocárdio recente Insuficiência cardíaca descompensada. Antecedentes de arritmia ventricular

					Tratamento agudo do delírio Tratamento combinado de náuseas e vômito pós-operatórios		Hipocaliemia não corrigida
----	SOS	Levomepromazina (antipsicótico)	50 mg	IM	Esquizofrenia	Hipotensão ortostática Efeitos anticolinérgicos Sedação ou sonolência	Hipersensibilidade Antecedente de agranulocitose tóxica Porfíria e glaucoma Gravidez e amamentação Doença cardíaca, hepática ou renal grave

Fonte: Autor

ANEXO I

Fórmula de Cálculo do IMC e Tabela de Classificação do IMC no adulto

“O IMC permite, duma forma rápida e simples, dizer se um indivíduo adulto tem baixo peso, peso normal ou excesso de peso” (Direção Geral de Saúde, 2005).

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura (m)}^2} \quad \text{Sr.A.G. – Peso} = 119\text{Kg}; \text{Altura} = 1,80\text{m} \Rightarrow \text{IMC} = 36,7 \text{ Kg/m}^2$$

Classificação do IMC no adulto

IMC (kg/m ²)	Classificação
< 18,5	Baixo peso
18,5 - 24,9	Peso normal
25,0 - 29,9	Pré-obesidade
30,0 - 34,9	Obesidade classe I
35,0 - 39,9	Obesidade classe II
>= 40,0	Obesidade classe III

Fonte: DGS, 2005

ANEXO II

Escala de avaliação da Ansiedade de Hamilton

Nome: _____

Data: _____

12/09/2022

Categoria I – Ansiedade Psíquica	Ausente 0	Ligeira 1	Moderada 2	Frequente 3	Muito frequente 4
Humor ansioso (Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade, etc.)				x	
Tensão (Sensações de tensão, fadiga, reacção de sobressalto, comove-se facilmente, tremores, incapacidade para relaxar e agitação.)				x	
Medos (De escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, de trânsito, de multidões, etc.)	x				
Insónia (Dificuldade em adormecer, sono interrompido, insatisfeito e fadiga ao despertar, pesadelos, terrores nocturnos, etc.)					x
Dificuldades intelectuais (Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.)		x			
Humor depressivo (Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, despertar precoce, oscilação do humor, etc.)			x		
Categoria II – Ansiedade Somática					
Sintomas musculares (Dores musculares, rigidez muscular, contracções espásticas, contracções involuntárias, etc.)	x				
Sintomas sensoriais (Ondas de frio ou calor, sensações de fraqueza, visão turva, sensação de picadas, formigueiro, câibras, dormências, sensações auditivas de tinidos, zumbidos, etc.)	x				
Sintomas cardiovasculares (Taquicardia, palpitações, dores torácicas, sensação de desmaio, sensação de extra-sístoles, vertigens, batimentos irregulares, etc.)		x			
Sintomas respiratórios (Sensações de opressão ou constrição no tórax, sensações de sufocamento ou asfixia, suspiros, dispneia, etc.)	x				
Sintomas genito-urinários (Polaquiúria, urgência miccional, amenorreia, menorragia, erecção incompleta, ejaculação precoce, impotência, diminuição da libido, etc.)		x			
Sintomas do sistema nervoso autónomo (Boca seca, rubor, palidez, tendência a sudorese, mãos molhadas, inquietação, tensão, dor de cabeça, pêlos eriçados, tonturas, etc.)				x	
TOTAL.....20					

Resultados:

- <12: ansiedade normal;
- >12 e <18: reacção patológica ligeira;
- >18 e <25: ansiedade patológica moderada;
- >25: ansiedade patológica grave.



Score = 18

ANEXO III

Escala de avaliação da Ansiedade de Hamilton

Nome: _____ Data: 16/09/2022

Categoria I – Ansiedade Psíquica	Ausente 0	Ligeira 1	Moderada 2	Frequente 3	Muito frequente 4
Humor ansioso (Preocupações, previsão do pior, antecipação temerosa, irritabilidade, etc.)				x	
Tensão (Sensações de tensão, fadiga, reacção de sobressalto, comove-se facilmente, tremores, incapacidade para relaxar e agitação.)		x			
Medos (De escuro, de estranhos, de ficar sozinho, de animais, de trânsito, de multidões, etc.)	x				
Insónia (Dificuldade em adormecer, sono interrompido, insatisfeito e fadiga ao despertar, pesadelos, terrores nocturnos, etc.)				x	
Dificuldades intelectuais (Dificuldade de concentração, falhas de memória, etc.)		x			
Humor depressivo (Perda de interesse, falta de prazer nos passatempos, depressão, despertar precoce, oscilação do humor, etc.)			x		
Categoria II – Ansiedade Somática					
Sintomas musculares (Dores musculares, rigidez muscular, contracções espásticas, contracções involuntárias, etc.)	x				
Sintomas sensoriais (Ondas de frio ou calor, sensações de fraqueza, visão turva, sensação de picadas, formigueiro, câibras, dormências, sensações auditivas de tinidos, zumbidos, etc.)	x				
Sintomas cardiovasculares (Taquicardia, palpitações, dores torácicas, sensação de desmaio, sensação de extra-sístoles, vertigens, batimentos irregulares, etc.)	x				
Sintomas respiratórios (Sensações de opressão ou constrição no tórax, sensações de sufocamento ou asfixia, suspiros, dispneia, etc.)	x				
Sintomas genito-urinários (Polaquiúria, urgência miccional, amenorreia, menorragia, erecção incompleta, ejaculação precoce, impotência, diminuição da libido, etc.)		x			
Sintomas do sistema nervoso autónomo (Boca seca, rubor, palidez, tendência a sudorese, mãos molhadas, inquietação, tensão, dor de cabeça, pêlos eriçados, tonturas, etc.)				x	
TOTAL.....20					

Resultados:

- <12: ansiedade normal;
- >12 e <18: reacção patológica ligeira;
- >18 e <25: ansiedade patológica moderada;
- >25: ansiedade patológica grave.

Score = 14

ANEXO IV

Data: 12/09/2022

ESCALA DE AUTO-ESTIMA DE ROSENBERG

Para cada item abaixo, indicar apenas uma alternativa, fazendo um "x" na categoria apropriada. De acordo como você se sente indique a melhor alternativa.

	4.Concordo plenamente	3.Concordo	2.Discordo	1.Discordo plenamente
1.De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito comigo mesmo (a).			x	
2.As vezes, eu acho que não sirvo para nada (desqualificado ou inferior em relação aos outros).		x		
3.Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.			x	
4.Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).			x	
5.Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.	x			
6.As vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).		x		
7.Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.		x		
8.Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo (dar-me mais valor).	x			
9.Quase sempre eu estou inclinado (a) a achar que sou um(a) fracassado(a).		x		
10.Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo (a).			x	

Afirmativas 1, 3, 4, 7, 10

- 0 a) Concordo plenamente
- 1 b) Concordo
- 2 c) Discordo
- 3 d) Discordo plenamente

Afirmativas 2, 5, 6, 8, 9

- 3 a) Concordo plenamente
- 2 b) Concordo
- 1 c) Discordo
- 0 d) Discordo plenamente

SCORE = 21

< 15 – Autoestima normal

> 15 – Baixa autoestima

ANEXO V

Data: 16/09/2022

ESCALA DE AUTO-ESTIMA DE ROSENBERG

Para cada item abaixo, indicar apenas uma alternativa, fazendo um "x" na categoria apropriada. De acordo como você se sente indique a melhor alternativa.

	4.Concordo plenamente	3.Concordo	2.Discordo	1.Discordo plenamente
1.De uma forma geral (apesar de tudo), estou satisfeito comigo mesmo (a).			x	
2.As vezes, eu acho que não sirvo para nada (desqualificado ou inferior em relação aos outros).		x		
3.Eu sinto que eu tenho um tanto (um número) de boas qualidades.		x		
4.Eu sou capaz de fazer coisas tão bem quanto a maioria das outras pessoas (desde que me ensinadas).		x		
5.Não sinto satisfação nas coisas que realizei. Eu sinto que não tenho muito do que me orgulhar.		x		
6.As vezes, eu realmente me sinto inútil (incapaz de fazer as coisas).		x		
7.Eu sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos num plano igual (num mesmo nível) às outras pessoas.		x		
8.Eu gostaria de ter mais respeito por mim mesmo (dar-me mais valor).	x			
9.Quase sempre eu estou inclinado (a) a achar que sou um(a) fracassado(a).		x		
10.Eu tenho uma atitude positiva (pensamentos, atos e sentimentos positivos) em relação a mim mesmo (a).			x	

Afirmativas 1, 3, 4, 7, 10

- 0 a) Concordo plenamente
- 1 b) Concordo
- 2 c) Discordo
- 3 d) Discordo plenamente

Afirmativas 2, 5, 6, 8, 9

- 3 a) Concordo plenamente
- 2 b) Concordo
- 1 c) Discordo
- 0 d) Discordo plenamente

SCORE = 18

< 15 – Autoestima normal

> 15 – Baixa autoestima

