



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

NATÁLIA BARRETO DE CASTRO

ACURÁCIA DOS INDICADORES CLÍNICOS DOS DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMAGEM BAIXA AUTOESTIMA CRÔNICA E BAIXA AUTOESTIMA  
SITUACIONAL EM ADULTOS COM HUMOR DEPRIMIDO

FORTALEZA

2017

**NATÁLIA BARRETO DE CASTRO**

**ACURÁCIA DOS INDICADORES CLÍNICOS DOS DIAGNÓSTICOS DE  
ENFERMAGEM BAIXA AUTOESTIMA CRÔNICA E BAIXA AUTOESTIMA  
SITUACIONAL EM ADULTOS COM HUMOR DEPRIMIDO**

Projeto de Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Linha de pesquisa: Tecnologia de Enfermagem na Promoção da saúde.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes.

FORTALEZA

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

---

- C352a Castro, Natália Barreto de.  
Acurácia dos indicadores clínicos dos diagnósticos de enfermagem Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional em adultos com humor deprimido / Natália Barreto de Castro. – 2017.  
109 f. : il. color.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2017.  
Orientação: Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes.
1. Enfermagem. 2. Diagnóstico de Enfermagem. 3. Autoestima. 4. Humor. 5. Adulto. I. Título.  
CDD 610.73
-

**Natália Barreto de Castro**

**Acurácia dos indicadores clínicos dos diagnósticos de enfermagem Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional em adultos com humor deprimido**

Projeto apresentado ao Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará a obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes (Orientador)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Thelma Leite de Araújo (Membro efetivo)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr<sup>a</sup>. Ana Ruth Macêdo Monteiro (Membro efetivo)

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

---

Prof. Dr<sup>a</sup> Suzana de Oliveira Manguiera (Membro suplente)

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

## AGRADECIMENTOS

A Deus e Nossa Senhora, por me darem a fé e a força necessária para lutar e nunca desistir.

Aos meus pais, Ana Angélica e Antônio Auricélio, pelo amor, educação e caráter doados. Vocês são responsáveis por tudo isso! Amo vocês!

Ao meu irmão Rafael, pelo exemplo de serenidade e pela cumplicidade em todos os momentos da minha vida.

Ao professor Marcos Venícios de Oliveira Lopes, pela competência, paciência e apoio ao longo desses 7 anos. Tenho muita honra de tê-lo como orientador. Muito obrigada!

Às professoras Thelma Leite de Araújo e Ana Ruth Macêdo Monteiro, pelas contribuições fundamentais para o aprimoramento deste trabalho.

Às minhas amigas de infância, Raquel, Manu e Cris, pela fiel amizade.

À minha amiga Thamires, pelo doce amparo e orações constantes.

Às amigas da turma de mestrado, Anna Virgínia, Marília Lima e Caroline Magna, pela nova amizade e alegrias compartilhadas.

Aos enfermeiros Camila, Gabriele, Larissa e Wandson, pela ajuda no desenvolvimento deste trabalho.

Aos colegas do Grupo de Estudos em Diagnósticos, Intervenções e Resultados de Enfermagem (GEDIRE), pela parceria e troca de saberes.

Aos enfermeiros Elizon, Siqueira e Danielle pela amizade, confiança e exemplo de profissionalismo.

Ao Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto pela permissão para realização desta pesquisa.

Aos pacientes que participaram do estudo, pela disponibilidade e atenção.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro com a manutenção de bolsa de pós-graduação.

## RESUMO

O humor deprimido é um estado emocional continuado caracterizado por tristeza, moral baixa, desesperança, angústia, sofrimento, pessimismo e outros afetos relacionados que dificilmente se diferenciam dos estados emocionais vivenciados por todos os seres humanos, quando defrontados com as adversidades da vida. O objetivo deste estudo foi analisar a capacidade preditiva das características definidoras dos diagnósticos de enfermagem Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional em adultos com humor deprimido. Trata-se de uma pesquisa sobre acurácia diagnóstica, com delineamento transversal, realizada em um hospital de referência no atendimento em psiquiatria no estado do Ceará. A amostra do estudo foi composta por 180 pacientes adultos com humor deprimido acompanhados na referida instituição. O instrumento de coleta de dados foi construído com base nas definições operacionais dos indicadores clínicos dos diagnósticos em estudo propostos pela NANDA-I, bem como os indicadores encontrados na revisão de literatura. Além disso, o instrumento de coleta de dados foi desenvolvido a partir da adaptação do instrumento de qualidade de vida WHOQOL 100. O método de análise de classes latentes com efeitos randômicos foi utilizado para verificar a sensibilidade e a especificidade de cada indicador clínico. O estudo avaliou 180 adultos com humor deprimido, sendo a maioria do sexo feminino e com procedência da capital. A média de idade da amostra foi de 40,28 anos, com média de 3,27 para o número de membros na família e renda familiar de R\$1.865,54. Os diagnósticos médicos mais prevalentes foram o Transtorno afetivo bipolar e os Episódios depressivos. *Ruminação* e *Comportamento não assertivo* foram os indicadores clínicos mais frequentes, correspondendo a mais da metade da amostra. Pelo modelo de classe latente a prevalência do diagnóstico de enfermagem Baixa autoestima situacional representou 34,36% da amostra, e os indicadores clínicos *Desesperança* e *Verbalizações autonegativas* apresentaram as especificidades mais altas, seguidas de *Comportamento indeciso* e *Subestima a capacidade de lidar com a situação*. Na Baixa autoestima crônica, a prevalência do diagnóstico de enfermagem foi estimada pelo modelo de classe latente em 18,35%. Os indicadores clínicos *Comportamento indeciso* e *Rejeita feedback positivo* exibiram os valores mais altos para a especificidade e, apenas *Culpa* e *Solidão*, apresentaram valores elevados para sensibilidade. O modelo unidimensional para Baixa autoestima conclui que para avaliação do diagnóstico em pacientes com humor deprimido deve ser iniciado pela análise dos indicadores de Baixa autoestima situacional, em particular dos indicadores *Desesperança* e *Verbalizações autonegativas*, pois a ausência deles pode confirmar a ausência do diagnóstico. Se descartada a Baixa autoestima situacional, deve-se investigar a

presença dos indicadores *Busca excessivamente reafirmar-se, Comportamento indeciso, Frequentemente falta de sucesso nos eventos da vida, Rejeita feedback positivo, Insônia e Solidão* que estão associadas a uma Baixa autoestima ainda não crônica. A cronicidade desta baixa autoestima poder então ser confirmada pela presença da *Culpa*. Os dados obtidos poderão contribuir para uma maior compreensão da manifestação dos diagnósticos em adultos deprimidos, bem como dos sinais e sintomas mais frequentes e importantes para inferência de Baixa autoestima.

**Palavras-chaves:** Enfermagem. Diagnóstico de Enfermagem. Autoestima. Humor. Adulto.

## LISTA DE FIGURA

Figura 1 -	Processo de seleção dos estudos a partir da amostra inicial até a final em relação a cada base indexada verificada. Fortaleza, 2016.....	22
------------	--	----

## LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Medidas de discriminação para solução com duas dimensões da análise de correspondências múltiplas para os diagnósticos Baixa autoestima situacional e Baixa autoestima Crônica. Fortaleza, 2017.....	59
Gráfico 2 -	Curvas características dos itens (indicadores clínicos) obtidos a partir do modelo Rasch para o diagnóstico de Baixa Autoestima. Fortaleza, 2017.....	66
Gráfico 3 -	Curvas de informação dos itens (indicadores clínicos) obtidos a partir do modelo Rasch para o diagnóstico de Baixa Autoestima. Fortaleza, 2017.....	67
Gráfico 4 -	Mapa de Bond-Fox para ajuste de itens (indicadores clínicos) obtidos a partir do modelo Rasch para o diagnóstico de Baixa Autoestima. Fortaleza, 2017.....	68

## LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Síntese dos resultados, referentes aos indicadores clínicos, encontrados após a revisão de literatura. Fortaleza, 2016.....	24
Quadro 2 -	Síntese dos resultados, referentes aos fatores relacionados, encontrados após a revisão de literatura. Fortaleza, 2016.....	29
Quadro 3 -	Indicadores clínicos avaliados no estudo. Fortaleza, 2016.....	40

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Distribuição da amostra segundo dados sócio-demográficos. Fortaleza, 2017.....	45
Tabela 2 -	Distribuição da amostra segundo dados clínicos. Fortaleza, 2017.....	46
Tabela 3 -	Distribuição da amostra segundo indicadores clínicos de baixa autoestima identificados. Fortaleza, 2017.....	47
Tabela 4 -	Indicadores clínicos estatisticamente associados com Procedência e Idade com as respectivas medidas de magnitude de efeito. Fortaleza, 2017.....	48
Tabela 5 -	Indicadores clínicos estatisticamente associados com diagnósticos médicos e respectivas medidas de magnitude de efeitos. Fortaleza, 2017.....	49
Tabela 6 -	Medidas de acurácia diagnóstica das características definidoras de Baixa autoestima situacional baseado em modelo de análise de classe latente ajustado com efeitos randômicos. Fortaleza, 2017.....	51
Tabela 7 -	Probabilidades posteriores para o diagnóstico de Baixa autoestima situacional na amostra total de pacientes com base em análise de classe latente com efeitos randômicos. Fortaleza, 2017.....	52
Tabela 8 -	Medidas de acurácia diagnóstica das características definidoras de Baixa autoestima situacional baseado em modelo de análise de classe latente ajustado com efeitos randômicos. Fortaleza, 2017.....	53
Tabela 9 -	Probabilidades posteriores para o diagnóstico de Baixa autoestima crônica (BAC) na amostra total de pacientes com	54

	base em análise de classe latente com efeitos randômicos. Fortaleza, 2017.....	
Tabela 10 -	Análise de correspondências múltiplas para os indicadores clínicos dos diagnósticos Baixa autoestima situacional e crônica incluídas nos dois modelos de classe latente ajustados. Fortaleza, 2017.....	58
Tabela 11 -	Medidas de acurácia diagnóstica dos indicadores clínicos de Baixa autoestima baseado em modelo de análise de classe latente ajustado com efeitos randômicos. Fortaleza, 2017.....	60
Tabela 12 -	Probabilidades posteriores para o diagnóstico de Baixa autoestima na amostra total de pacientes com base em análise de classe latente com efeitos randômicos. Fortaleza, 2017.....	61
Tabela 13 -	Análise Rasch para conjunto de características definidoras identificadas pelo modelo de classe latente para Baixa autoestima. Fortaleza, 2017.....	64

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>20</b>
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>21</b>
3.1 Resultados e discussão da revisão integrativa.....	22
3.1.1 Indicadores clínicos.....	22
3.1.2 Fatores etiológicos.....	28
<b>4 METODOLOGIA.....</b>	<b>36</b>
4.1 Desenho do estudo.....	36
4.2 Local do estudo.....	36
4.3 População e amostra.....	37
4.4 Procedimento de coleta dos dados.....	38
4.5 Organização e análise dos dados.....	41
4.6 Aspectos éticos.....	43
4.7 Financiamento do projeto.....	43
<b>5 RESULTADOS.....</b>	<b>45</b>
<b>6 DISCUSSÃO.....</b>	<b>69</b>
<b>7 CONCLUSÃO.....</b>	<b>77</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>79</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>105</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O válido reconhecimento dos diagnósticos de enfermagem possibilita uma melhor elaboração e implementação dos planos de cuidados pelo profissional enfermeiro. A utilização de indicadores clínicos é indispensável no processo do raciocínio diagnóstico, uma vez que a atribuição de características definidoras determina a escolha dos diagnósticos de enfermagem na prática clínica. Devido à importância de uma inferência diagnóstica acurada para a assistência de enfermagem, o objetivo deste estudo é analisar a capacidade preditiva das características definidoras dos diagnósticos de enfermagem Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional em adultos com humor deprimido.

O diagnóstico de enfermagem refere-se a um tipo de tecnologia de saúde que atualmente está em evidência no cenário científico devido às demandas diferenciadas do cuidar. As tecnologias do cuidado são conceituadas como “todas as técnicas, procedimentos e conhecimentos utilizados pelo enfermeiro durante a assistência” (NIETSCHE, 2000). Neste contexto, o diagnóstico de enfermagem consiste em uma tecnologia leve-dura, que pode ser utilizada para promover a saúde de indivíduos com humor deprimido com base no raciocínio clínico e acurado. Logo, percebe-se a contribuição desta tecnologia para a promoção da saúde, já que a mesma representa um processo integrado e desenvolvido mediante a prática dos cuidados de enfermagem.

Para estabelecer um diagnóstico de enfermagem, é preciso que o enfermeiro chegue a um consenso a partir do julgamento clínico de evidências. Como se trata de um processo de incerteza, o raciocínio lógico dedutivo deve ser utilizado a fim de encontrar padrões nos sinais e sintomas apresentados pelo paciente que sejam compatíveis com os diagnósticos de enfermagem mais prováveis (CORRÊA, 2003). Ao trabalhar com características definidoras acuradas, o enfermeiro fará suposições baseadas naquilo que é previsto para uma determinada situação, permitindo inferir com maior segurança a presença de um diagnóstico (PASCOAL, 2011).

O enfermeiro necessita de padrões de assistência que orientem a equipe de enfermagem em saúde mental e psiquiátrica, em todos os locais em que esta especialidade é praticada, a fim de que seja alcançada melhor qualidade no cuidado. Nesse caso, o diagnóstico de enfermagem é essencial para seleção e provisão das intervenções de enfermagem, a partir da identificação das necessidades de cada indivíduo diante de um transtorno mental existente ou potencial (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Nas instituições psiquiátricas, o cuidado de enfermagem ideal envolve uma maior proximidade entre o enfermeiro e o paciente, favorecendo a autonomia desse último em relação ao cuidador, de forma que ele possa desenvolver um pensamento crítico para o seu crescimento e amadurecimento, com conseqüente melhoria nas suas relações socioambientais (BRESSAN; SCATENA, 2002).

Na assistência de enfermagem ao paciente psiquiátrico com humor deprimido, o enfermeiro deve priorizar o cuidado na efetividade das atividades diárias desempenhadas pelo paciente; no reforço positivo contínuo, que visa aumentar a autoestima e os sentimentos de autoapreciação do indivíduo; e na constante precaução a lesões, tendo em vista que as possibilidades de agressões autodirigidas são frequentes nesta condição de saúde (LIPPINCOTT; WILKINS, 2006).

Assim, diante da instabilidade do estado de saúde apresentado pela clientela assistida pelo enfermeiro em saúde mental e psiquiátrica e dos desafios para aplicação de intervenções efetivas aos pacientes em sofrimento psíquico, acredita-se que a pesquisa de indicadores clínicos em populações específicas, como a constituída por adultos com humor deprimido, contribui na formação de conhecimentos particulares na avaliação clínica.

O humor deprimido é um estado emocional continuado caracterizado por tristeza, moral baixa, infelicidade, desencorajamento, desesperança, sensação de vazio, angústia, sofrimento, pessimismo e outros afetos relacionados que não podem ser facilmente diferenciados dos estados emocionais vivenciados por todos os seres humanos, quando defrontados com as adversidades da vida. As principais características que diferenciam o humor deprimido da reação emocional de tristeza não mórbida são as seguintes: a intensidade e a profundidade da dor, que muitas vezes se tornam tão insuportáveis que o desejo de morte traz um alívio reconfortante; e a tristeza e os sentimentos associados que invadem todos os campos da vida pessoal e tem impacto significativo no desempenho social do indivíduo. Este humor dura tempo suficiente para ser sentido como um estado afetivo inalterável (MAJ; SARTORIUS, 2005).

O paciente com humor deprimido é quieto, mantém expressão facial demonstrando tristeza profunda, olhar fixo em ponto indefinido, rima bucal geralmente voltada para baixo, permanece sentado ou deitado a maior parte do tempo, aparenta envelhecimento e emagrecimento, não cuida da sua higiene e aparência, apresenta dificuldade para se locomover e tom de voz baixo. O paciente queixa-se de não conseguir lembrar dos fatos do passado e denota dificuldade de concentração. Ele tanto pode não conseguir chorar como apresentar choro fácil. Frequentemente acorda nas primeiras horas da manhã e tem dificuldade para conciliar o

sono. Não participa espontaneamente de nenhuma atividade de ocupação ou lazer, mesmo quando convidado. Além disso, pode apresentar recusa alimentar com frequência (STEFANELLI; FUKUDA; ARANTES, 2008).

Do ponto de vista psicopatológico, o humor deprimido representa um dos principais elementos durante os variados episódios das patologias mentais. Essa condição de saúde se caracteriza também por uma multiplicidade de sintomas afetivos, instintivos, neurovegetativos, ideativos e cognitivos, bem como aqueles relativos à autoavaliação, à vontade e à psicomotricidade. A fase depressiva, marcante na maioria dos transtornos psíquicos, pode apresentar ainda sintomas psicóticos, significativas alterações psicomotoras e fenômenos biológicos associados (DALGALARRONDO, 2008).

Dentre os vários transtornos mentais que exibem manifestações de humor deprimido, evidenciamos de acordo a Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10), principalmente, o Transtorno afetivo bipolar (F31), os Episódios depressivos (F32), o Transtorno depressivo recorrente (F33), o Transtorno persistente do humor (F34), os Outros transtornos do humor [afetivos] (F38), o Transtorno do humor [afetivo] não especificado (F39), os Transtornos fóbico-ansiosos (F40) e os Outros transtornos ansiosos (F41). Estes diagnósticos médicos podem apresentar subtipos de classificações, nas quais o estado depressivo pode ser identificado em diferentes níveis de gravidade.

As alterações do comportamento decorrentes da labilidade de humor e da inalteração ou agravamento do estado depressivo, pertinentes nos transtornos de humor e ansiedade, podem provocar no indivíduo sentimentos negativos e limitantes, como o de inferiorização e inabilidade. Estes sentimentos podem acarretar ainda mudanças significativas no autoconceito do indivíduo, predispondo constantes variações nos níveis de autoestima.

Os distúrbios mentais comuns estão aumentando em todo o mundo. Entre 1990 e 2013, o número de pessoas que sofreram depressão e/ou ansiedade aumentou em quase 50%, de 416 para 615 milhões. Cerca de 10% da população mundial é afetada e os distúrbios mentais representam 30% da carga global de doenças não fatais. A Organização Mundial da Saúde estima que, durante as emergências, cerca de 1 em cada 5 pessoas são afetadas pela depressão e ansiedade (WHO, 2016). Os transtornos mentais podem ser causados por vários fatores, entre eles a genética, a química cerebral (problemas hormonais ou uso de substâncias tóxicas) e o estilo de vida. Geralmente, são caracterizados por uma combinação anormal de pensamentos, percepções, emoções, comportamentos e relacionamentos interpessoais (WHO, 2017a). Eles

podem ainda atingir diferentes faixas etárias, sendo mais comum no adulto jovem e no gênero feminino (SANTOS; SIQUEIRA, 2010; MATEUS, 2013).

Logo, os sentimentos de autoestima diminuída, insuficiência, incapacidade, vergonha e autodepreciação são comumente revelados na população psiquiátrica, tendo em vista que os transtornos mentais especialmente nas fases depressivas podem provocar alterações na função através da qual o indivíduo organiza e interpreta suas impressões sensoriais para dar significado ao meio (NETO; ELKIS, 2007; DALGALARRONDO, 2008). Desse modo, é esperado que a sintomatologia apresentada por indivíduos com humor deprimido acarrete especialmente manifestações dos diagnósticos de enfermagem pertencentes ao domínio 6, classificado de acordo com a NANDA-I como Autopercepção.

O domínio de Autopercepção é definido como “Percepção de si mesmo” e é subdividido em três classes: Autoconceito, Autoestima e Imagem Corporal. Ele compreende 11 diagnósticos de enfermagem, sendo Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional diagnósticos com o foco no problema, pertencentes a classe Autoestima, selecionados para o desenvolvimento do estudo em questão.

Baixa autoestima crônica foi desenvolvido em 1988 e apresentou duas revisões nos anos de 1996 e 2008. Atualmente, ele é conceituado como “Autoavaliação / sentimentos negativos e prolongados sobre si mesmo ou sobre as próprias capacidades”. O diagnóstico possui 14 características definidoras, sendo elas: *Busca excessivamente reafirmar-se, Comportamento indeciso, Comportamento não assertivo, Contato visual insatisfatório, Culpa, Demasiadamente conformado, Dependente das opiniões dos outros, Exagera no feedback negativo sobre si mesmo, Frequente falta de sucesso nos eventos da vida, Hesita em tentar novas experiências, Passividade, Rejeita feedback positivo, Subestima a capacidade de lidar com a situação e Vergonha.*

Baixa autoestima situacional também foi desenvolvido em 1998 e apresentou duas revisões nos anos de 1996 e 2000. Hoje, o diagnóstico é definido como “Desenvolvimento de percepção negativa sobre o seu próprio valor em resposta a uma situação atual”. Ele possui 7 características definidoras, sendo elas: *Comportamento indeciso, Comportamento não assertivo, Desafio situacional ao próprio valor, Desesperança, Sentimento de inutilidade, Subestima a capacidade de lidar com a situação e Verbalizações autonegativas.*

Nota-se que os diagnósticos apresentam similaridades entre si, sendo a definição sutilmente diferenciada pelo tempo de manifestação de cada um. As características definidoras *Comportamento indeciso, Comportamento não assertivo e Subestima a capacidade de lidar com a situação* são comuns aos dois diagnósticos. Outras características definidoras

pertencentes aos diagnósticos podem ser interpretadas como sinonímias, embora possuam nomenclaturas distintas. Por exemplo, *Desafio situacional ao próprio valor* e *Sentimento de inutilidade*; *Hesita em tentar novas experiências* e *Comportamento indeciso*; *Exagera no feedback negativo sobre si mesmo* e *Verbalizações autonegativas*.

Diante das graves e incapacitantes condições de saúde apresentadas pelos indivíduos com características depressivas, verifica-se a importância do desenvolvimento de estudos que possam contribuir na identificação precoce de fatores que predispõe ao aparecimento do humor deprimido, e conseqüentemente à manifestação de diagnósticos de enfermagem, principalmente aqueles relacionados a autopercepção, como Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional. Além disso, torna-se necessário também a criação de um plano de cuidados exclusivo para os pacientes com humor deprimido, a fim de que o tratamento e a recuperação desses ocorram de maneira breve e satisfatória.

Na literatura, os diagnósticos Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional são encontrados em alguns tipos de estudo e clientela. Uma pesquisa realizada com 52 gestantes, a fim de investigar a acurácia das características definidoras do diagnóstico Baixa autoestima situacional, apresentou o diagnóstico em 32,7% da amostra (CAVALCANTE; SOUSA; LOPES, 2012). Uma outra pesquisa, do tipo relato de experiência aplicada em uma portadora de Anorexia Nervosa, fundamentou intervenções para nove diagnósticos de enfermagem, dentre eles o Baixa autoestima crônica (TOLEDO; RAMOS; WOPEREIS, 2011). Apesar de encontrarmos na literatura estudos que abordem os diagnósticos de enfermagem em questão, nota-se que a maioria deles foram desenvolvidos para analisar perfis diagnósticos ou condutas de intervenção.

Observa-se também que a similaridade conceitual e a sintomatologia de Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional com outros diagnósticos elencados pela NANDA-I, como Desesperança, Sentimento de impotência e Sofrimento moral, favorecem a subnotificação dos mesmos. Além disso, a subjetividade inerente a esse conjunto de diagnósticos gera maiores dificuldades para distingui-los e reconhecê-los, o que torna fundamental a elaboração de mais estudos sobre acurácia diagnóstica de suas características definidoras.

Como os diagnósticos de enfermagem representam respostas humanas, que são fundamentos do cuidado de enfermagem, é imprescindível que o enfermeiro aprimore habilidades do pensamento crítico para aplicação do processo de inferência diagnóstica. As respostas humanas são dados subjetivos e particulares a cada indivíduo, o que as tornam complexas e suscetíveis a interpretações erradas (LUNNEY, 2010). Para Herdman (2015), o

uso de uma terminologia padronizada, com características definidoras objetivas e subjetivas, fatores relacionados e/ou fatores de risco, proveniente das investigações de enfermagem, promoverá melhor comunicação entre os profissionais e melhoria no atendimento ao paciente.

Dessa forma, o estabelecimento de bons indicadores clínicos permite ao enfermeiro a capacidade de realizar o julgamento de diagnósticos de enfermagem com menor possibilidade de erros, ou seja, com maior acurácia. Logo, minimizar fatores dificultadores na escolha diagnóstica é essencial para a utilização dos mesmos como indicadores de saúde na clientela assistida (PEREIRA et al., 2015). Compreende-se então que ao trabalhar com características definidoras precisas, o enfermeiro realizará ações de enfermagem prioritárias para cada situação clínica, mediante a certeza da escolha diagnóstica.

Nesse contexto, os estudos de validação podem contribuir para enfermeiro realizar uma inferência diagnóstica de maneira precisa em diferentes circunstâncias de saúde. Dentre os modelos para validar um diagnóstico de enfermagem, destacam-se aqueles propostos por Gordon e Sweeney (1979), Fehring (1987) e Hoskins (1989), bem como os estudos de acurácia de indicadores clínicos (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2012).

Portanto, visto a complexidade exigida para inferir os diagnósticos de enfermagem Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional, da prevalência significativa dos diagnósticos de enfermagem em indivíduos com humor deprimido e da escassez de estudos desenvolvidos com essa temática, torna-se clara a relevância do desenvolvimento dessa pesquisa para melhoria na qualidade da assistência de enfermagem.

O interesse em desenvolver essa pesquisa surgiu em decorrência da vivência prática no ambiente hospitalar especializado em tratamento psiquiátrico. As dificuldades e as limitações para o desenvolvimento de uma assistência de enfermagem adequada despertaram a curiosidade para estudar e propor novos benefícios a clientela em estudo.

Diante deste contexto, surgiram os seguintes questionamentos: qual a prevalência dos diagnósticos de enfermagem Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional em adultos com humor deprimido? Quais os indicadores clínicos melhor predizem a ocorrência do diagnóstico de enfermagem Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional em adultos com humor deprimido? Há influência das variáveis clínicas ou sociodemográficas sobre as medidas de acurácia dos indicadores clínicos dos diagnósticos Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional em adultos com humor deprimido?

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar as medidas de acurácia dos indicadores clínicos dos diagnósticos de enfermagem Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional em adultos com humor deprimido.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Identificar a prevalência dos diagnósticos de enfermagem Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional em adultos com humor deprimido;

Identificar a frequência dos indicadores clínicos dos diagnósticos Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional em adultos com humor deprimido;

Verificar a associação entre os indicadores clínicos e as variáveis sociodemográficas e clínicas em adultos com humor deprimido;

Determinar a sensibilidade e a especificidade dos indicadores clínicos dos diagnósticos de enfermagem Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional em adultos com humor deprimido;

Verificar a influência das variáveis clínicas e sociodemográficas sobre as medidas de acurácia dos indicadores clínicos dos diagnósticos de enfermagem Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional em adultos com humor deprimido.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Para análise das evidências científicas disponíveis na literatura sobre a temática em estudo, foi realizada uma revisão integrativa. Este método composto por etapas propicia a síntese de conhecimento e a incorporação da aplicabilidade de resultados de estudos significativos na prática (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

As seguintes etapas foram delimitadas: elaboração de uma pergunta norteadora; busca e amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados e apresentação da revisão integrativa (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010).

No início da revisão, as seguintes questões foram elaboradas: Como o termo autoestima é abordado no contexto da depressão? Quais são os indicadores clínicos de Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional? Quais são os fatores que podem levar a uma Baixa autoestima?

A busca dos artigos foi realizada nas bases de dados Scopus e Web of Science, e no portal National Library of Medicine and National Institutes of Health (PubMed). O levantamento dos artigos foi realizado nos meses abril e maio de 2016, utilizando como palavras-chave os termos *depression* e *self-esteem*. No cruzamento dos descritores, utilizou-se o operador booleano AND. Os descritores selecionados foram de caráter abrangente, a fim de identificar variadas possibilidades de associação entre os níveis de autoestima e o possível estado de humor deprimido.

A amostra inicial foi de 808 artigos, sendo 307 identificados na base Scopus, 273 na Web of Science e 228 no portal PubMed. Em seguida, aplicaram-se os seguintes critérios de inclusão para refinar a busca: artigos completos e disponíveis gratuitamente nos idiomas português, inglês ou espanhol, publicados no período de 2011 a 2016, que abordassem a temática em estudo e respondessem às questões norteadoras. Sendo os critérios de exclusão: editoriais, manuais e publicações em duplicidade.

Cada artigo foi submetido à leitura do título e do resumo para verificar a presença de elementos que pudessem auxiliar na compreensão da definição de autoestima e das características associadas a uma alteração da autoestima. Posteriormente, realizou-se a leitura completa dos artigos selecionados. Assim, obteve-se amostra final de 26 artigos, sendo 22 na base Scopus, 2 na base Web of Science, 2 no portal PubMed. Esse processo de seleção foi representado na figura 1.

**Figura 1** – Processo de seleção dos estudos para revisão de literatura. Fortaleza, 2016.

SCOPUS	WEB OF SCIENCE	PUBMED
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amostra inicial: 307</li> <li>• Artigos selecionados após leitura do título e do resumo: 75</li> <li>• Amostra final após leitura do texto completo: 22</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amostra inicial: 273</li> <li>• Artigos selecionados após leitura do título e do resumo: 6</li> <li>• Amostra final após leitura do texto completo: 2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amostra inicial: 228</li> <li>• Artigos selecionados após leitura do título e do resumo: 5</li> <li>• Amostra final após leitura do texto completo: 2</li> </ul>

### 3.1 Resultados e discussão da revisão integrativa

#### 3.1.1 Indicadores clínicos

Durante a leitura dos artigos, foram extraídas as informações que respondessem às questões norteadoras. Os resultados encontrados na literatura apontaram 7 indicadores clínicos relacionados a Baixa autoestima (Quadro 1).

**Quadro 1** – Síntese dos resultados, referentes aos indicadores clínicos de Baixa autoestima, encontrados após a revisão de literatura. Fortaleza, 2016.

<b>INDICADORES CLÍNICOS</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>
1. Ideação suicida	<p>The relationships among gratitude, self-esteem, depression, and suicidal ideation among undergraduate students (LIN, C.-C., 2015a).</p> <p>Implicit and explicit self-esteem as concurrent predictors of suicidal ideation, depressive symptoms, and loneliness (CREEMERS et al., 2011).</p> <p>Effects of contingent self-esteem on depressive symptoms and suicidal behavior (LAKEY et al., 2014).</p> <p>Predictors of suicidal ideation in a community sample: Roles of anger, self-esteem, and depression (JANG et al., 2016).</p> <p>The association between suicide risk and self-esteem in Japanese university students with major depressive episodes of major depressive disorder (MITSUI et al., 2014).</p>
2. Solidão	<p>Implicit and explicit self-esteem as concurrent predictors of suicidal ideation, depressive symptoms, and loneliness (CREEMERS et al., 2011).</p>
3. Enfrentamento Ineficaz	<p>A closer look at self-esteem, perceived social support, and coping strategy: a prospective study of depressive symptomatology across the tran (LEE et al., 2014).</p>

	<p>Self-esteem, psychological distress, and coping styles in pregnant smokers and non-smokers (VARESCON et al, 2013).</p> <p>The functional role of resignation orientation on goal engagement, self-esteem, life satisfaction, and depression (ASANO; ISHIMURA; KODAMA, 2014).</p> <p>Relationships between cognitive coping, self-esteem, anxiety and depression: A cluster-analysis approach (DORON et al., 2013).</p>
4. Ruminação	<p>Rumination mediates the prospective effect of low self-esteem on depression: a five-wave longitudinal study (KUSTER; ORTH; MEIER, 2012).</p> <p>En Route to Depression: Self-Esteem Discrepancies and Habitual Rumination (PHILLIPS; HINE, 2016).</p>
5. Desesperança	<p>The Effect of Automatic Thoughts on Hopelessness: Role of Self-esteem as a Mediator (ÇAKAR, 2014).</p> <p>Self-esteem Instability and Psychological Adjustment (ZEIGLER-HILL; WALLACE, 2012).</p>
6. Insônia	<p>Optimism and self-esteem are related to sleep. Results from a large community-based sample (LEMOLA et al., 2013).</p>
7. Busca autoafirmação virtual	<p>Relationship of Internet addiction with self-esteem and depression in university students (BAHRAINIAN et al., 2014).</p>

Dentre os 7 indicadores clínicos encontrados após a pesquisa na literatura, o indicador ideação suicida obteve maior predominância, com citação em cinco estudos. A ideação suicida é definida como um pensamento ou ato de subtrair a própria vida. Normalmente está associada aos transtornos depressivos, e não apresenta faixa etária exclusiva. Ela não é um fenômeno estático, logo, a decisão de se engajar em comportamentos suicidas pode surgir de forma impulsiva, sem maiores considerações a respeito da ideia, mas também pode ser o ápice de uma ruminação prolongada (SADOCK; SADOCK, 2012).

Ainda sobre o indicador clínico predominante, foi observado que em indivíduos com frágil baixa autoestima, descrita como altamente contingente, os sintomas depressivos e os comportamentos suicidas se manifestam de forma mais intensa. A contingência da autoestima está relacionada a instabilidade da mesma mediante a não realização ou cumprimento de normas (LAKEY et al., 2014). Para Jang et al. (2014) e Mitsui (2014), a baixa autoestima também foi avaliada com um fator suscetível para ideação suicida.

A autoestima pode ser classificada em explícita e implícita. O sentimento consciente de valor próprio e aceitação de um indivíduo categoriza a autoestima explícita. Já a autoestima implícita pode estar relacionada com a internalização de problemas psicológicos, sendo definida como uma avaliação relativamente automática e não consciente do *self*, que orienta reações espontâneas e estímulos auto relevantes (CREEMERS et al., 2011). Neste estudo, os níveis mais baixos de autoestima explícita foram associados com níveis mais elevados de ideação suicida e solidão. A interação da autoestima implícita e explícita também foi associada com ideação suicida, indicando que os participantes com alta autoestima implícita combinada com uma baixa autoestima explícita apresentaram maior ideação suicida.

Em relação ao indicador clínico solidão, acredita-se que ele possua um elemento intrapessoal importante, pois reflete uma disparidade entre relações sociais reais e as relações sociais desejadas; a autoestima implícita pode ser um indicativo das relações sociais desejadas, enquanto a autoestima explícita pode representar a relações sociais reais (CREEMERS et al., 2011). De acordo com a NANDA-I, este indicador é apresentado com um diagnóstico de enfermagem de risco, o qual é definido como “vulnerabilidade a experimentar desconforto associado a desejo ou necessidade de mais contato com os outros, que pode comprometer a saúde”.

Os indivíduos com baixa autoestima geralmente têm menos confiança na abordagem inicial dos problemas e, portanto, procuram mais informação antes de oferecer soluções e tomar decisões. A incapacidade de adaptação ao estresse da vida pode favorecer mudanças nas estratégias de enfrentamento, aumentando a suscetibilidade a resultados psicológicos negativos. Portanto, os altos níveis de enfrentamento ineficaz representam um fator de risco particular para sintomatologia depressiva, diminuindo a vantagem de autoestima elevada (DORON, 2013; GÉRARD; AUBOURG; DETILLEUX, 2013; LEE et al., 2014; NASIRI; KORDI; GHARAVI, 2014).

O indicador enfrentamento ineficaz apresentou também uma significativa predominância na revisão de literatura, sendo citado em 4 artigos selecionados. De acordo com a NANDA-I, enfrentamento ineficaz é considerado um diagnóstico de enfermagem com foco no problema, cuja definição é dada por “incapacidade de realizar uma avaliação válida dos estressores, escolhas inadequadas das respostas praticadas e/ou incapacidade de utilizar os recursos disponíveis”.

Outro possível indicador clínico para Baixa autoestima, encontrado durante a busca literária, foi o fator de ruminação. Este é conceituado como um pensamento perseverante sobre sentimentos e problemas. Indivíduos com baixa autoestima experimentam provavelmente mais efeito negativo quando se pensa em si e, conseqüentemente, podem ser motivados para suprimir pensamentos relacionados com o *self*, que tem o efeito irônico de aumentar tendências ruminativas. Além disso, os indivíduos com baixa autoestima tendem a esconder suas más qualidades subjetivamente percebidas pelos outros (KUSTER; ORTH; MEIER, 2012).

Como esperado, os níveis de ruminação habitual aumentam à medida que o tamanho da discrepância absoluta entre a autoestima explícita e implícita aumentam. Contrariamente à hipótese, a autoestima frágil (baixa implícita e explícita alta) e autoestima danificada (alta implícita e baixa explícita) foram diferencialmente associadas com a ruminação. As discrepâncias na autoestima absoluta foram significativamente associadas com a ruminação para os participantes com autoestima danificada, mas foram não significativamente relacionados com a ruminação para indivíduos com autoestima frágil (PHILLIPS; HINE, 2016).

Para Zeigler-Hill e Wallace (2013) e Çakar (2014), a baixa autoestima prevê a desesperança em um nível significativo. Este indicador parece aumentar quando o indivíduo manifesta distorções cognitivas, tais como um sentido negativo de si mesmo, acusando-se, desesperando-se e vendo a vida de forma perigosa. Dessa forma, foi

determinado que as pessoas que se percebem mais negativamente apresentam maiores níveis de desesperança e menores níveis de autoestima. O indicador clínico desesperança é contemplado no diagnóstico de enfermagem Baixa autoestima situacional, de acordo com a classificação da NANDA-I.

A insônia também foi apontada em estudos como uma consequência esperada da baixa autoestima. A importância do sono noturno para a saúde física e mental é amplamente reconhecida e tem sido extensivamente estudada. Horas de sono inferiores a 7 horas, bem como superiores a 8 horas estão associadas com uma variedade de problemas físicos e psicológicos, tais como o aumento do risco de doença cardíaca coronária, hipertensão e distúrbios de ansiedade e depressão. A insônia obteve menores pontuações na autoestima, indicando que o sono curto possui relação com menor autoestima quando comparados aos indivíduos com sono prolongado (LEMOLA et al., 2013).

Por fim, a literatura apresentou que o uso da internet está intimamente associado a autopercepção do indivíduo, funcionando como um estilo de enfrentamento e uma forma de compensar alguns comportamentos, como a baixa autoestima. Acredita-se que os usuários de internet com autoestima diminuída obtêm grande satisfação ao utilizar o meio de comunicação, por permitir que esses assumam diferentes personalidades e identidades sociais (BAHRAINIAN et al., 2014).

Para Koronczai et al. (2014), os indivíduos imersos em meios de realidade virtual podem disfarçar e/ou ocultar suas características físicas reais, possibilitando assumir uma aparência virtual alternativa desejada. Dessa forma, notamos que a busca por autoafirmação no ambiente virtual pode caracterizar um consequente dos baixos níveis de autoestima.

### **3.1.2 Fatores etiológicos**

Ainda durante a revisão de literatura foram encontrados 14 antecedentes relacionados a Baixa autoestima, mediante as informações extraídas a partir das questões norteadoras do presente estudo (Quadro 2).

**Quadro 2** – Síntese dos resultados, referentes aos fatores etiológicos para Baixa autoestima, encontrados após a revisão de literatura. Fortaleza, 2016.

<b>FATORES ETIOLÓGICOS</b>	<b>REFERÊNCIAS</b>
1. Recebe afeto inadequado	The relationships among gratitude, self-esteem, depression, and suicidal ideation among undergraduate students (LIN, C.-C., 2015a).  Gratitude and depression in young adults: The mediating role of self-esteem and well-being (LIN, C.-C., 2015b).
2. Redução ou ausência de apoio social	A closer look at self-esteem, perceived social support, and coping strategy: a prospective study of depressive symptomatology across the tran (LEE et al., 2014).
3. Alteração na imagem corporal	The mediating effect of self-esteem, depression and anxiety between satisfaction with body appearance and problematic internet use (KORONCZAI et al., 2013).
4. Resignação negativa	The functional role of resignation orientation on goal engagement, self-esteem, life satisfaction, and depression (ASANO; ISHIMURA; KODAMA, 2014).
5. Baixa aceitação consciente	Buffering low self-esteem: The effect of mindful acceptance on the relationship between self-esteem and depression (MICHALAK et al., 2011).
6. Perfeccionismo mal adaptativo	Using SEM to Examine the Dimensions of Perfectionism and Investigate the Mediating Role of Self-Esteem between Perfectionism and Depression in China (ZHANG; CAI, 2012).
7. Estigmatização	Protecting self-esteem from stigma: a test of different strategies for coping with the stigma of mental illness (ILIC et al., 2011).

	<p>Brief Version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: Psychometric Properties and Relationship to Depression, Self Esteem, Recovery Orientation, Empowerment, and Perceived Devaluation and Discrimination (BOYD; DeFORGE; OTILINGAM, 2014).</p> <p>Association of social anxiety with stigmatisation and low self-esteem in remitted bipolar patients (AYDEMIR; AKKAYA, 2013).</p>
8. Coesão familiar insatisfatória	A path analysis: a model of depression in Korean women with breast cancer-mediating effects of self-esteem and hope (TAE; HEITKEMPER; KIM, 2012).
9. Fadiga	A path analysis: a model of depression in Korean women with breast cancer-mediating effects of self-esteem and hope (TAE; HEITKEMPER; KIM, 2012).
10. Percepção inadequada da condição de saúde	A path analysis: a model of depression in Korean women with breast cancer-mediating effects of self-esteem and hope (TAE; HEITKEMPER; KIM, 2012).
11. Religiosidade prejudicada	A path analysis: a model of depression in Korean women with breast cancer-mediating effects of self-esteem and hope (TAE; HEITKEMPER; KIM, 2012).
12. Renda financeira baixa	A path analysis: a model of depression in Korean women with breast cancer-mediating effects of self-esteem and hope (TAE; HEITKEMPER; KIM, 2012).
13. Eventos estressantes	Self-Esteem, Narcissism, and Stressful Life Events: Testing for Selection and Socialization (ORTH; LUCIANO, 2015).

	Social support and self-esteem as mediators between stress and antepartum depressive symptoms in rural pregnant women (JESSE, KIM; HERNDON, 2014).
14. Humor deprimido	Relationship between attributional style, perceived control, self-esteem, and depressive mood in a nonclinical sample: A structural equation-modelling approach (LEDRIK; GANA, 2013).

Dentre os 14 fatores etiológicos encontrados na busca literária, Recebe afeto inadequado e Alteração na imagem corporal já estavam elencados na classificação da NANDA-I para os diagnósticos em estudos. Os elementos causais Eventos estressantes e Estigmatização foram os mais frequentes, com citações em 4 e 3 estudos respectivamente, sendo ambos sugeridos como novos fatores relacionados para baixa autoestima.

A recepção de afeto inadequado é um fator relacionado adotado pela NANDA-I (2015-2017), pertencente ao diagnóstico de enfermagem Baixa autoestima crônica. Uma das formas de afeto inadequado é representada pela insuficiência / ausência de comportamento de gratidão, a qual é definida como agradecimento ou apreciação, sendo considerada essencial para o comportamento moral e social do indivíduo. Portanto, o afeto inadequado é capaz de desenvolver um modelo de representação negativa de si, como indigno e não merecedor de afeição, contribuindo para uma autoavaliação inapropriada (LIN, C.-C., 2015a; LIN, C.-C., 2015b).

A redução ou ausência de apoio social parece contribuir com o desenvolvimento de percepções distorcidas, ideias negativas a respeito de si, dos outros e das relações, além de promover uma maior sensibilidade à rejeição e a reprovação social. Assim, é provável que a autoestima seja prevista negativamente por meio da percepção insuficiente do apoio social, e que isto decorra de um processo de retroalimentação (LEE et al., 2014). Conforme a NANDA-I (2015-2017), o diagnóstico de enfermagem Baixa autoestima crônica expõe fatores relacionados que representam um fragmento da deficiência entre a interação do apoio social e da baixa autoestima, sendo intitulados como Participação inadequada em grupos, Pertencimento inadequado e Recebe aprovação insuficiente dos outros. Já para o diagnóstico Baixa autoestima situacional, a redução ou ausência de apoio social parece corresponder de forma mais abrangente ao fator relacionado Reconhecimento inadequado.

Segundo o estudo de Koronczai et al. (2014), a insatisfação com a aparência corporal favorece à exclusão de contatos pessoais, podendo gerar uma fobia social. Assim, notamos que as alterações na imagem corporal representam antecedentes importantes para a presença da baixa autoestima. Conforme a NANDA-I (2015-2017), o fator relacionado Alteração na imagem corporal está presente no diagnóstico de enfermagem Baixa autoestima situacional.

A renúncia ou desistência, considerada como ato de abdicação de algo que almeja, também é discutida como uma estratégia de enfrentamento, e é tão importante quanto o alcance de metas. A resignação negativa tem um efeito positivo sobre a evasão

cognitiva, o desaparecimento dos desejos de realização e a definição de novas metas. Por outro lado, os indivíduos com resignação negativa são pessimistas e desistem facilmente dos seus objetivos, gerando insatisfação com o auto desempenho e baixos níveis de autoestima (ASANO; ISHIMURA; KODAMA, 2014).

O estudo de Michalak et al. (2011) descreve a aceitação consciente ou atenção plena como a capacidade do indivíduo focar a atenção intencionalmente na experiência do momento presente, numa atitude aberta e não-julgadora. Segundo os autores, a baixa aceitação consciente impede que os indivíduos reconheçam que os pensamentos e os sentimentos são eventos da mente, favorecendo o desenvolvimento de emoções negativas, como consequência das cognições relacionadas com a baixa autoestima. Isto, por sua vez, permite o estabelecimento de ciclos viciosos causados pela esquiva da experiência disfuncional e a autopropetuação de pensamentos ruminativos. Logo, na baixa aceitação consciente, o indivíduo não consegue concentrar a sua atenção na experiência atual, fazendo julgamento e avaliação de maneira equivocada das situações, estimulando o comportamento de evasão e inquietação. Assim, parece plausível que a baixa aceitação consciente facilita a tendência da baixa autoestima e o desencadeamento de estados depressivos.

Perfeccionismo disfuncional, mal adaptativo ou neurótico consiste de uma autocrítica extrema e uma sensação crônica de inadequação em atender às expectativas e padrões de desempenho. Dessa forma, a busca excessiva da perfeição é uma resposta comum a uma visão desfavorável da autoestima, ou seja, autoestima baixa é inevitável para o perfeccionista, pois até um feedback negativo mais suave pode ser visto como fracasso, categorizando um desempenho imperfeito o e uma significativa indicação de inutilidade (ZHANG; CAI, 2012).

O estigma dos transtornos mentais é um problema importante na adaptação de pacientes psiquiátricos. Para Aydemir e Akkaya (2013), que estudaram a associação entre o transtorno bipolar e a ansiedade social, foi possível evidenciar uma correlação negativa entre estigmatização e autoestima. O estigma interiorizado da doença mental impede a recuperação do paciente e está vinculado ao aumento da depressão, diminuição da autoestima, redução da orientação para recuperação, capacitação reduzida e aumento percebido de desvalorização e discriminação (ILIC et al., 2011; BOYD; DEFORGE; OTILINGAM, 2014).

Para Ledrich e Gana (2013), os indivíduos com humor deprimido são menos propensos a perceber sinais de pertença e de inclusão nas interações sociais e são mais

susceptíveis em receber atitudes de rejeição e respostas insuficientes de cuidados. Além disso, os indivíduos deprimidos normalmente geram estresse interpessoal, predispondo sintomas depressivos. Assim, notamos que o humor deprimido parece comprometer importantes fontes da autoestima, o que pode resultar em níveis mais baixos da mesma.

A autoestima é muitas vezes conceituada como um recurso psicológico de proteção que permite que as pessoas se adaptem e se recuperem de eventos estressantes. O estresse é definido como um desequilíbrio entre os descontentamentos diários, as exigências emocionais e as estratégias de enfrentamento (JESSE; KIM; HERNDON, 2014). As pessoas expostas a níveis elevados de estresse podem ser mais propensas em perceber situações de forma negativa, aumentando o risco para depressão. Pesquisas sobre o desenvolvimento da personalidade apoiam o princípio de plasticidade, que afirma que as características da autoestima podem ser influenciadas por fatores ambientais. Os eventos estressantes têm o potencial de causar variabilidade individual no desenvolvimento da autoestima, por ocorrerem em momentos distintos da vida (LEE-FLYNN et al., 2011; LEE; JOO; CHOI, 2012; ORTH; LUCIANO, 2015). Dessa forma, notamos que os eventos estressantes podem proporcionar alterações prejudiciais nos níveis de autoestima.

No estudo de Tae, Heitkemper, Kim (2012) que teve como objetivo verificar os efeitos de mediação do câncer de mama na autoestima de mulheres coreanas, cinco fatores antecedentes para baixa autoestima foram identificados: coesão familiar insatisfatória, fadiga, percepção inadequada da condição de saúde, religiosidade prejudicada e renda financeira baixa.

Segundo os autores do estudo supracitado, a coesão familiar insatisfatória impossibilita ao indivíduo constatar o afeto dos seus familiares, gerando uma ideia distorcida e negativa do seu autoconceito. Já o sintoma da fadiga, muitas vezes associado ao sintoma da dor, proporciona uma sensação de cansaço extremo, tornando o indivíduo incapaz de realizar suas atividades cotidianas. Esta condição predispõe baixos níveis de autoestima com conseqüente indícios de sentimentos de desesperança e sintomatologia depressiva.

Já a percepção inadequada da condição de saúde refere-se ao entendimento do estado de saúde atual associado a condições clínicas que podem gerar sentimentos de vergonha e constrangimento. Esta sensação pode interferir no autoconceito e na recuperação do paciente e, por conseguinte, acarretar baixos níveis de autoestima. Observa-se também que a religiosidade prejudicada pode afetar a autoestima, pois

principalmente nos momentos críticos durante a restabelecimento da saúde, a ausência de suporte espiritual acentua os sentimentos de desesperança intimamente correlacionados aos baixos níveis de autoestima. Por fim, acredita-se que a renda financeira baixa pode limitar o acesso aos recursos de saúde e lazer, provocando sensação de desamparo e sobrecarga mental no indivíduo, com decorrente autoestima diminuída.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo de acurácia diagnóstica, com delineamento transversal, dos indicadores clínicos dos diagnósticos de enfermagem Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional em adultos com humor deprimido. A acurácia refere-se à capacidade de uma determinada variável classificar indivíduos com e sem um diagnóstico de enfermagem de forma correta (ZHOU; OBUCHOWSKI; MCCLISH, 2002; HULLEY, 2008). Apenas um dado clínico não é suficiente para realizar uma inferência diagnóstica precisa. É necessário encontrar um conjunto de indicadores clínicos que expliquem as hipóteses diagnósticas mais adequadas para uma circunstância específica (LOPES; SILVA; ARAÚJO, 2013).

A coleta de dados nos estudos transversais ocorre em único momento, possibilitando descrever variáveis e seus padrões de distribuição, bem como relações entre fenômenos (POLIT; BECK, 2011; HULLEY et al., 2008). No estudo transversal são compreendidas as possíveis relações entre a variável desfecho e suas covariáveis (LOPES, 2013).

### **4.2 Local do estudo**

O estudo foi realizado em um hospital de referência para o atendimento em Psiquiatria no Estado do Ceará, integrante da rede hospitalar do Sistema Único de Saúde. A instituição dispõe de dois hospitais dia com sessenta leitos distribuídos no atendimento a psicóticos e dependentes químicos, um núcleo de atenção à infância e adolescência, uma unidade de desintoxicação (álcool e outras drogas) com 20 leitos masculinos e quatro unidades de internação, duas masculinas e duas femininas com quarenta leitos cada, assegurando assistência gratuita a seus pacientes em clínica psiquiátrica e reabilitação biopsicossocial multidisciplinar. É ainda campo de estudo, pesquisa e formação para profissionais da área de saúde mental.

No local também é fornecido atendimento ambulatorial aos pacientes com transtornos mentais, com diferentes diagnósticos e graus de gravidade. Atualmente, a assistência ambulatorial é prestada pelos médicos, sob a supervisão de preceptores da Residência Médica, e dispõe de 9 ambulatórios, sendo 1 ambulatório Geral e 8 especializados (Núcleo de Transtornos Ansiosos - NUTA, Transtornos do Humor,

Psiquiatria Geriátrica, Paciente de Primeira Crise, Epilepsia, Neuropsiquiatria, Esquizofrenia-Atípicos e Transtornos da Sexualidade Humana - ATASH).

#### 4.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por 180 adultos com humor deprimido acompanhados durante internação, período de observação, espera de vagas para internação, atendimento ambulatorial e permanência no hospital dia da referida instituição psiquiátrica. Em virtude da maior ocorrência de transtornos mentais no público adulto, optou-se por estudar a manifestação dos diagnósticos Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional nessa clientela (SANTOS; SIQUEIRA, 2010; MATEUS, 2013).

Os critérios de inclusão estabelecidos para o estudo foram: ter idade entre 20 e 59 anos, estar internado, em observação, em espera de vaga para internação, em consulta ambulatorial ou em acompanhamento no hospital dia da referida instituição psiquiátrica. Adotou-se essa faixa etária de acordo com Brasil (2011) e Peres et al. (2010), além do último censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010). Os sujeitos do estudo apresentaram os diagnósticos médicos de transtornos de humor e/ou transtornos de ansiedade. Cada indivíduo foi incluído no estudo uma única vez. Foram excluídos da amostra os adultos que apresentaram quadro de agitação psicomotora intensa, desorientação autopsíquica e/ou alopsíquica, bem como outras doenças que alteram o quadro clínico e que possam impedir a avaliação dos diagnósticos de enfermagem em estudo.

As recomendações referentes ao modelo de classe latente foram adotadas para determinar o tamanho da amostra (SWANSON et al., 2012). De acordo com o modelo, a amostra deve ser estabelecida conforme o número de indicadores clínicos a serem estudados. Para esta pesquisa adotou-se um número de nove sujeitos para cada indicador clínico a ser avaliado e foram contempladas todas as características definidoras incluídas na taxonomia da NANDA-I para os diagnósticos de enfermagem Baixa autoestima crônica (13) e Baixa autoestima situacional (7), com exceção do indicador *Passividade* pertencente ao diagnóstico Baixa autoestima crônica. Esse indicador foi retirado pois, durante a elaboração das definições conceituais e operacionais dos indicadores clínicos dos diagnósticos de enfermagem em estudo, ficou constatado que o indicador já estava incluso em outros indicadores mais específicos.

Vale ressaltar que os indicadores *Comportamento indeciso*, *Comportamento não assertivo* e *Subestima a capacidade de lidar com a situação* são comuns aos dois diagnósticos. Além disso, os indicadores *Desafio situacional ao próprio valor* e *Sentimento de inutilidade*; *Hesita em tentar novas experiências* e *Comportamento indeciso*; *Exagera no feedback negativo sobre si mesmo* e *Verbalizações autonegativas* foram considerados idênticos. Dessa forma, inicialmente foram contabilizados 14 indicadores clínicos para o estudo.

Após a revisão de literatura, outros 7 indicadores clínicos foram encontrados. No entanto, um deles, o *Enfretamento ineficaz*, foi considerado sinonímia com *Subestima a capacidade de lidar com a situação*, uma característica definidora já existente na NANDA-I. Ademais, o indicador *Desesperança*, elencado no diagnóstico Baixa autoestima situacional, foi corroborado com a revisão de literatura. Assim, 19 indicadores clínicos foram totalizados, definindo uma amostra de 171 (18x9) indivíduos. Todavia, o tamanho amostral final foi de 180 indivíduos, devido à disponibilidade de um número maior destes pacientes durante o período da coleta de dados.

O processo de amostragem consecutiva foi utilizado para captação de sujeitos, ou seja, estes foram escolhidos à medida que iam sendo admitidos na unidade de internação ou no acompanhamento diário de tratamento conforme os critérios de inclusão (HULLEY et al., 2008).

#### **4.4 Procedimento de coleta de dados**

Para a realização da coleta de dados, o examinador seguiu o Procedimento Operacional Padrão (APÊNDICE A), elaborado com a finalidade de uniformizar a coleta. Após a anuência da instituição e o consentimento dos pacientes ou dos seus respectivos responsáveis (no caso de comprometimento físico do paciente), os dados foram coletados por meio de instrumento (APÊNDICE B). Este foi elaborado com base nos indicadores clínicos de Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional propostos pela NANDA-I (2015), acrescido dos indicadores encontrados após a revisão de literatura. Esta ferramenta foi elaborada com a finalidade de nortear a coleta de dados, de forma que cada indicador clínico teve a sua definição conceitual e operacional construída (APÊNDICE C).

Os indicadores clínicos propostos pela NANDA-I para Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional incluem: *Busca excessivamente reafirmar-se*, *Comportamento indeciso*, *Comportamento não assertivo*, *Contato visual insatisfatório*,

*Culpa, Demasiadamente conformado, Dependente das opiniões dos outros, Exagera no feedback negativo sobre si mesmo, Frequente falta de sucesso nos eventos da vida, Hesita em tentar novas experiências, Passividade, Rejeita feedback positivo, Subestima a capacidade de lidar com a situação, Vergonha, Desafio situacional ao próprio valor, Desesperança, Sentimento de inutilidade, Subestima a capacidade de lidar com a situação e Verbalizações autonegativas* (HERDMAN, 2015). Conforme a explicação supracitada, a característica definidora Passividade foi excluída do estudo.

Por meio da revisão de literatura, sete indicadores clínicos foram identificados para os diagnósticos em estudo: *Ideação suicida, Solidão, Enfrentamento ineficaz, Ruminação, Desesperança, Insônia e Busca autoafirmação virtual*.

Em sua primeira parte, o instrumento de coleta de dados abordou informações referentes a identificação do paciente, aos dados sociodemográficos, bem como a situação atual de tratamento, o número de internações hospitalares e os antecedentes familiares para transtornos mentais.

Na parte subsequente do instrumento, foi realizada a avaliação clínica do sujeito, que inclui a coleta de informações subjetivas, contendo aspectos que foram observados pelo examinador de acordo com os indicadores clínicos dos diagnósticos em estudo. A parte final do instrumento foi destinada à obtenção de dados do prontuário, além dos registros profissionais.

Os dados foram coletados mediante fonte primária, por meio de entrevista, e por fonte secundária, por meio de consulta ao prontuário. O procedimento de coleta dos dados foi realizado pela autora do estudo e mais quatro enfermeiros. Antes do início da coleta, os examinadores participarão de uma capacitação com o intuito reduzir possíveis vieses na coleta e promover uma maior familiarização com o instrumento da pesquisa, como recomendado por Lopes, Silva e Araújo (2012).

A capacitação abordou a definição e os componentes dos diagnósticos Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional, os principais aspectos associados ao humor deprimido e aos diagnósticos médicos psiquiátricos de transtornos de humor e transtornos de ansiedade na idade adulta. Ocorreu também a apresentação do procedimento operacional para a coleta de dados, seguida das definições elaboradas para cada indicador clínico e do instrumento. Por fim, a autora discutiu o registro dos itens no instrumento durante a coleta de dados e esclareceu dúvidas.

Abaixo segue um quadro explicativo sobre os indicadores clínicos que foram avaliados no estudo.

**Quadro 3** - Indicadores clínicos avaliados no estudo. Fortaleza, 2016.

<b>Baixa autoestima crônica</b>	<b>Baixa autoestima situacional</b>	<b>Indicadores clínicos após a revisão de literatura</b>
1. <i>Busca excessivamente reafirmar-se</i>	1. <i>Comportamento indeciso ±</i>	1. <i>Ideação suicida</i>
2. <i>Comportamento indeciso ±</i>	2. <i>Comportamento não assertivo</i>	2. <i>Solidão</i>
3. <i>Comportamento não assertivo</i>	3. <i>Desafio situacional do próprio valor<sup>  </sup></i>	3. <i>Enfrentamento ineficaz<sup>‡</sup></i>
4. <i>Contato visual insatisfatório</i>	4. <i>Desesperança<sup>⌘</sup></i>	4. <i>Ruminação</i>
5. <i>Culpa</i>	5. <i>Sentimento de inutilidade<sup>  </sup></i>	5. <i>Desesperança<sup>⌘</sup></i>
6. <i>Demasiadamente conformado</i>	6. <i>Subestima a capacidade de lidar com a situação<sup>‡</sup></i>	6. <i>Insônia</i>
7. <i>Dependente das opiniões dos outros</i>	7. <i>Verbalizações autonegativas<sup>¥</sup></i>	7. <i>Busca autoafirmação virtual</i>
8. <i>Exagera no feedback negativo sobre si mesmo<sup>¥</sup></i>		
9. <i>Frequente falta de sucesso nos eventos da vida</i>		
10. <i>Hesita em tentar novas experiências ±</i>		
11. <i>Passividade*</i>		
12. <i>Rejeita feedback positivo</i>		
13. <i>Subestima a capacidade de lidar com a situação<sup>‡</sup></i>		
14. <i>Vergonha</i>		

\* Característica definidora retirada do estudo.

<sup>||</sup>Características definidoras consideradas sinonímias (dentro de um diagnóstico).

<sup>¥</sup> Características definidoras consideradas sinonímias (entre os diagnósticos).

<sup>±</sup> Características definidoras consideradas sinonímias (dentro de um diagnóstico, porém uma CD – Comportamento indeciso - é comum ao outro diagnóstico).

<sup>‡</sup> Característica definidora considerada sinônima com um indicador clínico encontrado após a revisão de literatura.

<sup>⌘</sup> Característica definidora corroborada com o indicador clínico encontrado após a revisão de literatura.

#### 4.5 Organização e análise dos dados

Os indicadores clínicos dos diagnósticos estudados, as variáveis sociodemográficas e clínicas, bem como as condições relacionadas à doença foram organizados em uma planilha do software Excel (2013) e analisados pelo pacote estatístico R versão 3.1.1. A análise descritiva dos dados acrescentou o cálculo de frequências absolutas, percentuais, medidas de tendência central e de dispersão. Para as proporções de variáveis categóricas foram calculados intervalos de confiança de 95%. Para verificar a aderência à distribuição normal foi aplicado o teste de Lilliefors.

O método de análise de classes latentes (ACL) foi utilizado para verificar a sensibilidade e especificidade de cada indicador. Esta técnica é adotada para cálculo de medidas de acurácia de indicadores clínicos quando o padrão de referência não é perfeito. A técnica é fundamentada na suposição que uma variável não-observada ou latente (diagnóstico de enfermagem) determina as associações entre as variáveis observáveis (indicadores clínicos) (QU, TANG, KUTNER, 1996). A sensibilidade pode ser definida como a proporção de sujeitos com o diagnóstico presente e teste positivo, enquanto a especificidade se refere à proporção de sujeitos com diagnóstico ausente e teste negativo (FLETCHER; FLETCHER, 2006). O indicador clínico clinicamente válido apresentou o intervalo de confiança de sensibilidade ou especificidade superior ao valor 0,5 e sem transpassar este valor.

Três modelos de classe latente foram ajustados neste processo: o primeiro foi ajustado a partir dos indicadores referentes à Baixa autoestima situacional juntamente com os indicadores encontrados na revisão; o segundo foi ajustado a partir dos indicadores referentes à Baixa autoestima crônica juntamente com os indicadores encontrados na revisão; e o terceiro foi ajustado a partir dos indicadores que compuseram os dois modelos finais ajustados anteriormente. Utilizou-se um modelo de duas classes latentes com efeitos randômicos para o cálculo dos valores de sensibilidade e especificidade com os respectivos intervalos de confiança de 95%. Para verificação da bondade do ajuste dos modelos de classe latente será aplicado o teste da razão de verossimilhança ( $G^2$ ). Probabilidades posteriores para cada diagnóstico de enfermagem foram calculadas a partir de cada modelo de classe latente ajustado.

Em seguida, para verificar se a baixa autoestima poderia ser dividida em dois constructos (situacional e crônica) foi utilizada a técnica de Análise de correspondências múltiplas. Neste caso, uma análise para duas dimensões, cada uma representando um dos diagnósticos de baixa autoestima, foi ajustada. Para avaliação da qualidade das

dimensões, foi calculada a variância explicada por cada dimensão a partir dos valores próprios e por valores de inércia. Valores próprios representam valores absolutos da variância de cada dimensão, enquanto que a inércia representa a variância em termos relativos, ou seja, a inércia é obtida pelo valor próprio da variância dividido pelo número de variáveis estudadas (indicadores clínicos). A inércia varia de zero a um e quanto mais próximo de um, mais variância é explicada por dimensão. Para esta análise foram incluídos todos os indicadores que apresentaram bom ajuste nos dois primeiros modelos de classe latente e medidas de discriminação foram calculadas para verificar a relação de cada indicador com as duas dimensões. O alpha de Cronbach foi calculado para verificar a qualidade do ajustamento do modelo por dimensão. Um gráfico resumindo as medidas de discriminação para as duas dimensões para cada indicador é apresentado.

Além disso, uma análise Rasch foi desenvolvida para verificar o ajuste dos indicadores obtidos na análise do terceiro modelo de classe latente ajustado com o objetivo de verificar se tais indicadores representavam um constructo unidimensional, ou seja, se tais indicadores representavam um único diagnóstico de enfermagem. Para esta análise os seguintes conceitos do modelo Rasch foram adaptados para sua adequada aplicação aos métodos de validação clínica de diagnósticos de enfermagem:

- A habilidade da pessoa foi definida como a susceptibilidade da pessoa ao indicador clínico, ou seja, sua capacidade de maior/ menor resistência ao desenvolvimento de determinados sinais clínicos;

- A dificuldade do item (indicador) foi definida como o espectro clínico do indicador clínico, ou seja, quanto mais baixo seu valor maior a sensibilidade do indicador clínico e mais frequentemente será identificado no grupo de pacientes. Por outro lado, quanto maior seu valor, maior sua especificidade para o constructo em questão;

- As curvas características dos itens (indicadores) mostram a probabilidade de se ter o diagnóstico de enfermagem (constructo de interesse) como função da susceptibilidade da pessoa aos indicadores de modo que, nestes gráficos, quanto mais à esquerda estiver a curva de um indicador maior será sua sensibilidade ao diagnóstico e quanto mais à direita maior será sua especificidade.

Para análise Rasch foram estimados os valores de dificuldade dos itens (espectro clínico dos indicadores) com seus respectivos erros padrão e intervalos de confiança. Quanto menor os valores de dificuldade dos itens, maior é a sensibilidade do indicador e quanto maior seu valor, maior é a especificidade e menor a frequência do indicador. Para cada item foi calculado o qui-quadrado de Wald e as estatísticas Infit e

Outfit studentizadas, as quais devem apresentar valores entre -2 e +2 para indicar ajuste adequado ao modelo. Também são apresentadas as correlações ponto bisseriais para verificar a associação entre cada indicador com o escore total do modelo, representando a capacidade de discriminação do indicador em relação ao conjunto de indicadores do modelo. O Alpha de Cronbach foi calculado para o modelo com todos os itens e para o modelo com a exclusão de cada indicador com o intuito de verificar sua confiabilidade.

Para verificação da bondade do ajuste foram aplicados os testes de desvio colapsado, Hosmer-Lemeshow, Desvio de Rost e Desvio Casewise. O teste de Andersen foi aplicado para verificar a necessidade de exclusão de itens devido a funcionamento diferencial. Medidas de acurácia do modelo são apresentadas incluindo a eficiência (percentual de identificação correta quanto a presença ou ausência do diagnóstico de baixa autoestima), sensibilidade (capacidade de identificar pessoas com o diagnóstico), especificidade (capacidade de excluir pessoas sem o diagnóstico) e curva ROC que se refere a média entre sensibilidade e especificidade.

A unidimensionalidade do modelo foi verificada por análise paralela modificada a partir do procedimento proposto por Drasgow and Lissak (1983), no qual se utiliza o segundo autovalor da matriz de correlações tetracóricas dos itens dicotômicos. Uma simulação monte Carlo foi usada para aproximar a distribuição desta estatística sob a hipótese nula de igualdade entre o segundo autovalor observado e a média dos segundos autovalores simulados. Para uma melhor visualização dos resultados da análise Rasch são apresentados os gráficos das curvas características dos itens e das curvas de informação dos itens, além do Mapa de Bond-Fox para ajuste dos itens.

#### **4.6 Aspectos éticos**

O projeto do estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará – COMEPE (ANEXO A) e pela Instituição coparticipante (ANEXO B). As recomendações da Resolução 466/2012, referente às pesquisas com seres humanos, foram devidamente obedecidas (BRASIL, 2012b). O estudo teve início mediante anuência da instituição, bem como a coleta de dados foi realizada após assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos pacientes (APÊNDICE D) ou responsáveis pelos pacientes (APÊNDICE E).

#### **4.7 Financiamento do projeto**

Esta pesquisa teve apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por intermédio da concessão de bolsa de mestrado. Os custos para realização do projeto foram financiados pela autora do estudo e por seu orientador, sendo destes a responsabilidade e provisão de recursos e execução do projeto.

## 5 RESULTADOS

Os dados obtidos com relação à análise dos 180 pacientes com humor deprimido avaliados na presente pesquisa estão dispostos nas tabelas a seguir. Para caracterização da amostra, os participantes foram distribuídos de acordo com os dados de identificação sexo, procedência, idade, número de membros na família e renda familiar (Tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição da amostra segundo dados sociodemográficos (n = 180). Fortaleza, 2017.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>IC95%</b>
<b>1. Sexo</b>			
Feminino	117	65,0	57,5 – 71,8
Masculino	63	35,0	28,1 – 42,5
<b>2. Procedência</b>			
Capital	128	71,1	63,8 – 77,5
Interior	51	28,3	22,0 – 35,6
Outro Estado	1	0,6	0,0 – 3,5
<b>Variável</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>Mediana (IQ)</b>	<b>Valor p<sup>1</sup></b>
3. Idade	40,28 (10,17)	41,5 (15,00)	0,001
4. No. Membros da Família <sup>2</sup>	3,27 (1,730)	3,0 (2,00)	<0,001
5. Renda Familiar (R\$)	1865,54 (1425,60)	1600,00 (1500,00)	<0,001

1 – Teste de Lilliefors; 2 – n = 175.

A amostra pesquisada evidenciou preponderância do sexo feminino (65%) com procedência majoritária da capital (71,1%). A média de idade da amostra foi de 40,28 anos (desvio padrão de 10,17), com média de 3,27 (desvio padrão 1,730) para o número de membros na família e renda familiar de R\$1.865,54 (desvio padrão R\$1.425,60).

Conforme a distribuição da amostra segundo dados clínicos, foram avaliadas as seguintes variáveis: antecedentes familiares, tratamento prévio, tratamento atual, diagnóstico médico e quantidade de internações no último ano (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição da amostra segundo dados clínicos (n = 180). Fortaleza, 2017.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>IC95%</b>
1. Antecedentes familiares <sup>1</sup>	59	33,1	26,4 – 40,6
2. Tratamento prévio	158	87,8	81,9 – 92,0
3. Tratamento atual			
Internação hospitalar	70	38,9	31,8 – 46,4
Atendimento ambulatorial	97	53,9	46,3 – 61,3
Hospital dia	5	2,8	1,0 – 6,7
Emergência	8	4,4	2,1 – 8,9
4. Diagnóstico Médico			
Transtorno Afetivo Bipolar	102	56,7	49,1 – 63,9
Episódios Depressivos	37	20,6	15,0 – 27,3
Transtorno Depressivo Recorrente	32	17,8	12,6 – 24,3
Transtornos de Humor [afetivos] persistente	2	1,1	0,2 – 4,4
Transtorno Fóbico	3	1,7	0,4 – 5,2
Outros Transtornos Ansiosos	19	10,6	6,6 – 16,2
<b>Variável</b>	<b>Média (DP)</b>	<b>Mediana (IIQ)</b>	<b>Valor p<sup>2</sup></b>
5. Internações (último ano)	0,81 (1,11)	0,00 (1,00)	<0,001

1 – n= 178; 2 – Teste de Lilliefors

De acordo com os dados, 33,1% dos participantes relataram antecedentes familiares para transtornos mentais e 87,8% confirmaram tratamento psiquiátrico prévio. Dentre os participantes coletados, a quase totalidade encontravam-se em atendimento ambulatorial (53,9%) ou em internação hospitalar (38,9%).

Em relação ao diagnóstico médico, foram identificados seis transtornos mentais na amostra, com prevalência para o diagnóstico Transtorno afetivo bipolar (56,7%), o qual esteve presente em mais da metade da população, seguido do diagnóstico Episódios depressivos (20,6%). Quanto ao número de internações ocorridas no último ano por cada paciente, mais da metade deles estava em sua primeira internação, o que caracteriza uma população com baixo índice de reinternações hospitalares durante o intervalo de doze meses (<1 internação/ano).

Na tabela 3, foram avaliados 14 indicadores clínicos dos diagnósticos de enfermagem Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional, somados aos indicadores clínicos encontrados no estudo após a revisão de literatura.

Tabela 3 – Distribuição da amostra segundo indicadores clínicos de baixa autoestima identificados (n = 180). Fortaleza, 2017.

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>IC95%</b>
1. Ruminação	104	57,8	50,2 – 65,0
2. Comportamento não assertivo	97	53,9	46,3 – 61,3
3. Solidão	82	45,6	38,2 – 53,1
4. Culpa	73	40,6	33,4 – 48,1
5. Ideação suicida	68	37,8	30,8 – 45,3
6. Frequente falta de sucesso nos eventos da vida	66	36,7	29,7 – 44,2
7. Subestima a capacidade de lidar com a situação	63	35,0	28,1 – 42,5
8. Vergonha	61	33,9	27,1 – 41,4
9. Busca excessivamente reafirmar-se	56	31,1	24,5 – 38,5
10. Desesperança	56	31,1	24,5 – 38,5
11. Sentimento de inutilidade	54	30,0	23,5 – 37,3
12. Demasiadamente conformado	53	29,4	23,0 – 36,8
13. Contato visual insatisfatório	52	28,9	22,5 – 36,2
14. Insônia	51	28,3	22,0 – 35,6
15. Comportamento indeciso	50	27,8	21,5 – 35,0
16. Dependente das opiniões dos outros	50	27,8	21,5 – 35,0
17. Rejeita feedback positivo	27	15,0	10,3 – 21,2
18. Busca autoafirmação virtual	15	8,3	4,9 – 13,6
19. Verbalizações autonegativas	14	7,8	4,5 – 13,0

Dentre os 19 indicadores clínicos avaliados, 11 estiveram presente em 30% ou mais dos pacientes. *Ruminação* (57,85%) e *Comportamento não assertivo* (53,9%) foram os indicadores mais frequentes, correspondendo a mais da metade da amostra. Além destes, os indicadores *Solidão* (45,6%), *Culpa* (40,6%) e *Ideação suicida* (37,8%) também apresentaram frequências elevadas. Em contrapartida, *Busca autoafirmação*

*virtual* (8,3%) e *Verbalizações autonegativas* corresponderam aos indicadores com menores frequências na população.

Tabela 4: Indicadores clínicos estatisticamente associados com Procedência e Idade com as respectivas medidas de magnitude de efeito. Fortaleza, 2017.

Características definidoras	RP	IC95%	$\chi^2$	gl	Valor p
<b>1. Procedência (Capital)</b>					
1. Culpa	2,76	1,48–5,15	12,61	1	<0,001
2. Subestima a capacidade de lidar com a situação	1,93	1,07–3,48	5,38	1	0,020
3. Ideação suicida	2,79	1,45–5,36	11,92	1	0,001
4. Ruminação	1,94	1,21–3,11	7,82	1	0,005
5. Solidão	1,81	1,08–3,02	5,54	1	0,019
6. Vergonha	2,78	1,40–5,53	10,74	1	0,001
<b>2. Idade</b>					
	Postos médios		U		Valor p
	Presente	Ausente			
Busca autoafirmação virtual	43,87	94,74	538,0		<0,001
Desesperança	107,79	82,69	2503,5		0,003

Na tabela 4, estão dispostos os indicadores clínicos estatisticamente associados com Procedência e Idade e suas respectivas medidas de magnitude de efeitos. Todos os componentes dos diagnósticos de enfermagem foram avaliados, entretanto, para melhor visualização, somente as variáveis estatisticamente significantes foram incluídas na tabela.

De acordo com análise realizada, seis variáveis apresentaram resultado estatisticamente significativa associadas a procedência: *Culpa* (RP = 2,76; IC95%: 1,48-5,15), *Subestima a capacidade de lidar com a situação* (RP = 1,93; IC95%: 1,07-3,48), *Ideação suicida* (RP = 2,79; IC95%: 1,45-5,36), *Ruminação* (RP = 1,94; IC95%: 1,21-3,11), *Solidão* (RP = 1,81; IC95%: 1,08-3,02) e *Vergonha* (RP = 2,78; IC95%: 1,40-5,53). Esses dados indicam que os indivíduos procedentes da capital tinham uma prevalência aproximadamente duas vezes maior dos indicadores clínicos *Culpa*, *Ideação suicida* e *Vergonha* em relação aqueles procedentes do interior ou outro estado.

No que diz respeito a idade, apenas duas variáveis apresentaram resultado estatisticamente significativa: *Busca autoafirmação virtual* e *Desesperança*. Os resultados obtidos da relação entre as variáveis estudadas com a idade evidenciaram influência da idade sobre a ocorrência da *Busca autoafirmação virtual* (43,87 vs. 94,74), no qual os pacientes mais jovens apresentaram maior tendência para apresentá-la em detrimento dos pacientes com idade mais avançada, sendo o inverso do que ocorre para o indicador *Desesperança* (107,70 vs. 82,69), o qual é mais comum entre pessoas mais velhas.

Tabela 5: Indicadores clínicos estatisticamente associadas com diagnósticos médicos e respectivas medidas de magnitude de efeitos. Fortaleza, 2017.

CID / Indicadores clínicos	RP	IC95%	$\chi^2$	gl	Valor p
<b>1. Transtorno Afetivo Bipolar</b>					
Busca excessivamente reafirmar-se	1,46	1,05 – 2,02	4,79	1	0,029
Culpa	1,49	1,11 – 2,00	8,23	1	0,004
Desesperança	1,55	1,10 – 2,18	8,05	1	0,005
Subestima a capacidade de lidar com a situação	1,42	1,04 – 1,94	5,90	1	0,015
Verbalizações autonegativas	1,39	1,03 – 1,87	5,33	1	0,021
Ideação suicida	1,41	1,02 – 1,96	4,11	1	0,043
Vergonha	1,43	1,03 – 1,98	4,35	1	0,037
Contato visual insatisfatório	1,45	1,05 – 2,02	4,60	1	0,032
<b>2. Episódios Depressivos</b>					
Culpa	1,19	1,01 – 1,41	5,07	1	0,024
Busca autoafirmação virtual	1,29	1,19 – 1,40	--	--	0,043*
Subestima a capacidade de lidar com a situação	0,82	0,69 – 0,99	5,47	1	0,019
<b>3. Transtorno Depressivo Recorrente</b>					
Desesperança	0,73	0,61 – 0,90	14,51	1	<0,001
Rejeita feedback positivo	0,45	0,23 – 0,87	--	--	0,030*
Ruminação	0,46	0,22 – 0,96	4,73	1	0,030
Vergonha	0,45	0,24 – 0,84	6,43	1	0,011
<b>4. Outros Transtornos Ansiosos</b>					
Desesperança	1,12	1,02 – 1,22	4,20	1	0,040

Ideação suicida	5,16	1,23 – 21,65	6,71	1	0,010
Solidão	3,14	1,08 – 9,09	5,14	1	0,023
Contato visual insatisfatório	7,31	1,00 – 53,37	5,77	1	0,016

\* Teste exato de Fisher

Na tabela 5, estão listados os indicadores clínicos estatisticamente associadas com os diagnósticos médicos e suas respectivas medidas de magnitude de efeitos. De acordo com análise realizada, oito variáveis apresentaram resultado estatisticamente significativo associado ao diagnóstico médico Transtorno afetivo bipolar, sendo elas: *Busca excessivamente reafirmar-se, Culpa, Desesperança, Subestima a capacidade de lidar com a situação, Verbalizações autonegativas, Ideação suicida, Vergonha e Contato visual insatisfatório*. Esses indicadores clínicos apresentaram razão de chances equivalentes para o seu desenvolvimento e, como o diagnóstico médico Transtorno afetivo bipolar foi o mais prevalente na população em estudo, tornou-se justificada a maior quantidade de indicadores manifestados nessa clientela.

Para o diagnóstico Episódios depressivos, segundo diagnóstico médico mais prevalente no estudo, apenas três variáveis apresentaram destaque. De acordo com os resultados, esse transtorno mental está relacionado à presença dos indicadores clínicos *Culpa e Busca autoafirmação virtual*, e a ausência do indicador clínico *Subestima a capacidade de lidar com a situação*.

Com relação ao diagnóstico Transtorno Depressivo Recorrente, as variáveis *Desesperança, Rejeita feedback positivo, Ruminação e Vergonha* apresentaram resultados estatisticamente significantes. Conforme os dados da tabela, a inexistência dos quatro indicadores clínicos parece contribuir na manifestação do diagnóstico médico.

Por fim, o diagnóstico médico Outros Transtornos Ansiosos apresentou resultado estatisticamente significativo com quatro variáveis: *Desesperança, Ideação suicida, Solidão e Contato visual insatisfatório*.

Tabela 6 – Medidas de acurácia diagnóstica das características definidoras de Baixa autoestima situacional baseado em modelo de análise de classe latente ajustado com efeitos randômicos (n = 180). Fortaleza, 2017.

<b>Características definidoras</b>	<b>Se</b>	<b>IC95%</b>		<b>Sp</b>	<b>IC95%</b>	
1. Comportamento indeciso	0,4353	0,1949	0,6483	0,8047	0,7096	0,8780
2. Desesperança	0,9046	0,0015	0,9957	0,9996	0,9980	1,0000
3. Subestima a capacidade de lidar com a situação	0,5399	0,2301	0,7369	0,7495	0,6483	0,8286
4. Verbalizações autonegativas	0,2266	0,0271	0,5840	1,0000	0,9991	1,0000
Prevalência: 34,36%	G <sup>2</sup> : 9,07		gl: 6		p = 0,170	

Na tabela 6, observa-se que todos os indicadores clínicos exibiram valores significativos para a especificidade. *Desesperança* e *Verbalizações autonegativas* representam bons indicadores para confirmar a presença de Baixa autoestima situacional, pois apresentaram valor de especificidade de 100% (IC95%:0,9980-1,0000 e IC95%:0,9991-1,0000, respectivamente), seguidas de *Comportamento indeciso* e *Subestima a capacidade de lidar com a situação* que também demonstraram especificidade significativa (IC95%:0,7096-0,8780 e IC95%:0,6483-0,8286, respectivamente) para determinar a presença do diagnóstico em questão. Por fim, foi estimada pelo modelo de classe latente a prevalência do diagnóstico de enfermagem Baixa autoestima situacional em 34,36%.

Tabela 7 – Probabilidades posteriores para o diagnóstico de Baixa Autoestima situacional na amostra total de pacientes com base em análise de classe latente com efeitos randômicos (n = 180). Fortaleza, 2017.

Conjuntos	Características definidoras				n	Baixa Autoestima Situacional	
	CD1	CD2	CD3	CD4		Ausente	Presente
1	0	0	0	0	76	0,98	0,02
2	0	0	1	0	22	0,94	0,06
3	0	1	0	0	11	0,00	1,00
4	0	1	0	1	6	0,00	1,00
5	0	1	1	0	13	0,00	1,00
6	0	1	1	1	2	0,00	1,00
7	1	0	0	0	15	0,95	0,05
8	1	0	1	0	10	0,88	0,12
9	1	0	1	1	1	0,00	1,00
10	1	1	0	0	7	0,00	1,00
11	1	1	0	1	2	0,00	1,00
12	1	1	1	0	12	0,00	1,00
13	1	1	1	1	3	0,00	1,00

CD1: Comportamento indeciso; CD2: Desesperança; CD3: Subestima a capacidade de lidar com a situação; CD4: Verbalizações autonegativas

Ressalta-se que todos os 13 conjuntos com diferentes combinações de indicadores clínicos apresentaram probabilidade de manifestar o diagnóstico Baixa autoestima situacional. Mais uma vez, a característica definidora *Desesperança* destacou-se entre os demais, pois a presença isolada deste indicador conduziu à probabilidade da presença do diagnóstico. As características definidoras *Comportamento indeciso* e *Subestima a capacidade de lidar com a situação*, quando reveladas isoladamente, estão associadas à probabilidade da ausência do diagnóstico. Observa-se ainda que, a característica definidora *Verbalizações autonegativas* parece exercer forte influência na presença de Baixa autoestima situacional, conforme a avaliação dos conjuntos 8 e 9 (Tabela 7).

Tabela 8 – Medidas de acurácia diagnóstica dos indicadores clínicos de Baixa autoestima crônica baseado em modelo de análise de classe latente ajustado com efeitos randômicos (n = 180). Fortaleza, 2017.

Indicadores clínicos	Se	IC95%	Sp	IC95%	
1. Busca excessivamente reafirmar-se	0,6041	0,2783	0,8660	0,7552	
2. Comportamento indeciso	0,6408	0,1578	0,9249	0,8043	
3. Culpa	0,9992	0,9566	1,0000	0,7281	
4. Subestima a capacidade de lidar com a situação	0,7323	0,0759	0,9771	0,7365	
5. Frequente falta de sucesso nos eventos da vida	0,8070	0,0193	0,9951	0,7329	
6. Rejeita feedback positivo	0,2053	0,0161	0,9111	0,8624	
7. Insônia	0,5256	0,2768	0,8002	0,7715	
8. Solidão	0,9997	0,9918	1,0000	0,6670	
Prevalência: 18,35%	G <sup>2</sup> : 177,8		gl: 163		p = 0,202

Na tabela 8, observa-se que os indicadores clínicos *Comportamento indeciso* e *Rejeita feedback positivo* exibiram os valores mais altos para a especificidade (80,43% e 86,24%, respectivamente), podendo assim, serem usados para confirmar a presença de Baixa autoestima crônica. Quanto a sensibilidade, apenas *Culpa* e *Solidão* apresentaram valores elevados (99,92% e 99,97%, respectivamente), o que define que tais indicadores clínicos demonstram melhores medidas de acurácia para inferir estágios iniciais do diagnóstico de enfermagem Baixa autoestima crônica. Conforme os resultados, a prevalência do diagnóstico de enfermagem Baixa autoestima crônica foi estimada pelo modelo de classe latente em 18,35% (Tabela 8).

Tabela 9 – Probabilidades posteriores para o diagnóstico de Baixa autoestima crônica (BAC) na amostra total de pacientes com base em análise de classe latente com efeitos randômicos (n = 180). Fortaleza, 2017.

Conjuntos	Características definidoras								n	BAC	
	CD1	CD2	CD3	CD4	CD5	CD6	CD7	CD8		Aus	Pres
1	0	0	0	0	0	0	0	0	27	1,00	0,00
2	0	0	0	0	0	0	0	1	9	1,00	0,00
3	0	0	0	0	0	0	1	0	3	1,00	0,00
4	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1,00	0,00
5	0	0	0	0	0	1	0	0	3	1,00	0,00
6	0	0	0	0	0	1	0	1	1	1,00	0,00
7	0	0	0	0	1	0	0	0	6	1,00	0,00
8	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1,00	0,00
9	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1,00	0,00
10	0	0	0	0	1	1	0	1	1	1,00	0,00
11	0	0	0	1	0	0	0	0	9	1,00	0,00
12	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1,00	0,00
13	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1,00	0,00
14	0	0	0	1	0	1	0	1	1	1,00	0,00
15	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1,00	0,00
16	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1,00	0,00
17	0	0	0	1	1	1	0	1	1	1,00	0,00
18	0	0	1	0	0	0	0	0	6	1,00	0,00
19	0	0	1	0	0	0	0	1	3	0,82	0,18
20	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0,79	0,21
21	0	0	1	0	0	1	0	1	1	0,91	0,09
22	0	0	1	0	1	0	0	0	4	1,00	0,00
23	0	0	1	0	1	0	0	1	1	0,52	0,48
24	0	0	1	0	1	0	1	0	2	1,00	0,00
25	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1,00	0,00

---

26	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1,00	0,00
27	0	0	1	1	0	0	0	1	2	0,63	0,37
28	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1,00	0,00
29	0	0	1	1	1	0	0	1	2	0,28	0,72
30	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1,00	0,00
31	0	0	1	1	1	0	1	1	2	0,22	0,78
32	0	0	1	1	1	1	0	1	1	0,43	0,57
33	0	1	0	0	0	0	0	0	4	1,00	0,00
34	0	1	0	0	0	0	0	1	2	1,00	0,00
35	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1,00	0,00
36	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1,00	0,00
37	0	1	0	0	1	0	1	1	2	1,00	0,00
38	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1,00	0,00
39	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1,00	0,00
40	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1,00	0,00
41	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1,00	0,00
42	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1,00	0,00
43	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1,00	0,00
44	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0,29	0,71
45	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0,23	0,77
46	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0,44	0,56
47	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0,36	0,64
48	0	1	1	1	0	0	0	1	1	0,39	0,61
49	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0,32	0,68
50	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0,12	0,88
51	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0,09	0,91
52	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0,20	0,80
53	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0,14	0,86
54	1	0	0	0	0	0	0	0	5	1,00	0,00
55	1	0	0	0	0	0	0	1	2	1,00	0,00

---

---

56	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1,00	0,00
57	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1,00	0,00
58	1	0	0	0	1	0	0	0	1	1,00	0,00
59	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1,00	0,00
60	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1,00	0,00
61	1	0	0	1	0	0	0	1	2	1,00	0,00
62	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1,00	0,00
63	1	0	0	1	0	1	1	0	1	1,00	0,00
64	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1,00	0,00
65	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1,00	0,00
66	1	0	1	0	0	0	0	1	2	0,75	0,25
67	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1,00	0,00
68	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1,00	0,00
69	1	0	1	0	1	0	1	1	2	0,33	0,67
70	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1,00	0,00
71	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1,00	0,00
72	1	0	1	1	0	0	0	1	1	0,51	0,49
73	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0,44	0,56
74	1	0	1	1	1	0	1	1	3	0,14	0,86
75	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0,29	0,71
76	1	1	0	0	0	0	0	0	2	1,00	0,00
77	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1,00	0,00
78	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1,00	0,00
79	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1,00	0,00
80	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1,00	0,00
81	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0,52	0,48
82	1	1	1	0	0	0	1	0	1	1,00	0,00
83	1	1	1	0	1	0	0	1	2	0,19	0,81
84	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0,14	0,86
85	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0,27	0,73

---

86	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1,00	0,00
87	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0,31	0,69
88	1	1	1	1	1	0	0	1	3	0,07	0,93
89	1	1	1	1	1	0	1	1	5	0,05	0,95
90	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0,11	0,89
91	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0,07	0,93

CD1 - Busca excessivamente reafirmar-se; CD2 - Comportamento indeciso; CD3 - Culpa; CD4 - Subestima a capacidade de lidar com a situação; CD5 - Frequentemente falta de sucesso nos eventos da vida; CD6 - Rejeita feedback positivo; CD7 - Insônia; CD8 - Solidão

Destaca-se que 33 de 91 conjuntos com diferentes combinações de indicadores clínicos apresentaram probabilidade de manifestar o diagnóstico Baixa autoestima crônica. Além disso, 25 desses 33 conjuntos apresentaram chance superior a 50% para a ocorrência do diagnóstico em questão. Todos os indicadores clínicos listados na tabela acima, quando avaliados exclusivamente em um conjunto, apresentaram 100% de chance de não apresentar o diagnóstico.

É percebido que o indicador *Solidão* desempenha importância no desenvolvimento de Baixa autoestima crônica, quando observamos os conjuntos 71 e 72. A presença de *Solidão* potencializa o surgimento do diagnóstico em 49%, quando associado aos indicadores *Busca excessivamente reafirmar-se*, *Comportamento indeciso* e *Culpa*.

De acordo com o conjunto 89, observamos que na ausência única do indicador *Rejeita feedback positivo* a chance de apresentar Baixa autoestima crônica permanece alta (93%). No conjunto 90, na ausência apenas do indicador *Insônia*, a chance do diagnóstico estar presente também permanece alta (89%). Da mesma forma, no conjunto 53 notamos que a ausência do indicador *Busca excessivamente reafirmar-se* parece não desempenhar importância para o desenvolvimento do diagnóstico em questão, já que na sua ausência a probabilidade do diagnóstico estar presente é de 86%.

Tabela 10 – Análise de correspondências múltiplas para os indicadores clínicos dos diagnósticos Baixa autoestima situacional e crônica incluídas nos dois modelos de classe latente ajustados. Fortaleza, 2017.

Dimensão	Alpha de Cronbach	Variância computada por		
		Valor próprio	Inércia	% de Variância
1	0,726	2,882	0,288	28,82
2	0,270	1,321	0,132	13,21
Total		4,203	0,420	
Média	0,582	2,102	0,210	21,01
Caraterísticas	Medidas de discriminação	Dimensão		Média
		1	2	
1. Busca excessivamente reafirmar-se		0,222	0,042	0,132
2. Comportamento indeciso		0,301	0,048	0,175
3. Culpa		0,362	0,112	0,237
4. Desesperança		0,371	0,147	0,259
5. Subestima a capacidade de lidar com a situação		0,245	0,026	0,135
6. Frequente falta de sucesso nos eventos da vida		0,376	0,031	0,203
7. Rejeita feedback positivo		0,145	0,402	0,273
8. Insônia		0,257	0,055	0,156
9. Solidão		0,412	0,005	0,208
10. Verbalizações autonegativas		0,192	0,454	0,323
<b>Total ativo</b>		<b>2,882</b>	<b>1,321</b>	<b>2,102</b>
<b>% de variância</b>		<b>28,817</b>	<b>13,214</b>	<b>21,015</b>

A tabela 10 resume a análise de correspondências múltiplas na qual apenas dois indicadores apresentam valores mais elevados de medidas de discriminação para a dimensão dois (*Rejeita feedback positivo* e *Verbalizações autonegativas*). Os demais indicadores parecem se agrupar numa única dimensão, a qual incluiria outros oito indicadores. Além disso, o percentual de variância explicada por cada uma destas duas dimensões é relativamente baixo (28,82% e 13,21%). Estes dados parecem demonstrar que

a solução com duas dimensões não parece adequada para o conjunto com os dois grupos de indicadores extraídos da análise de classe latente para Baixa autoestima situacional e Baixa autoestima crônica. O gráfico 1 permite visualizar com maior clareza um grupo com oito indicadores mais fortemente associados a uma dimensão e os outros dois indicadores que aparecem isolados com maior associação à dimensão 1.

**Gráfico 1** – Medidas de discriminação para solução com duas dimensões da análise de correspondências múltiplas para os diagnósticos Baixa autoestima situacional e Baixa autoestima Crônica. Fortaleza, 2017.

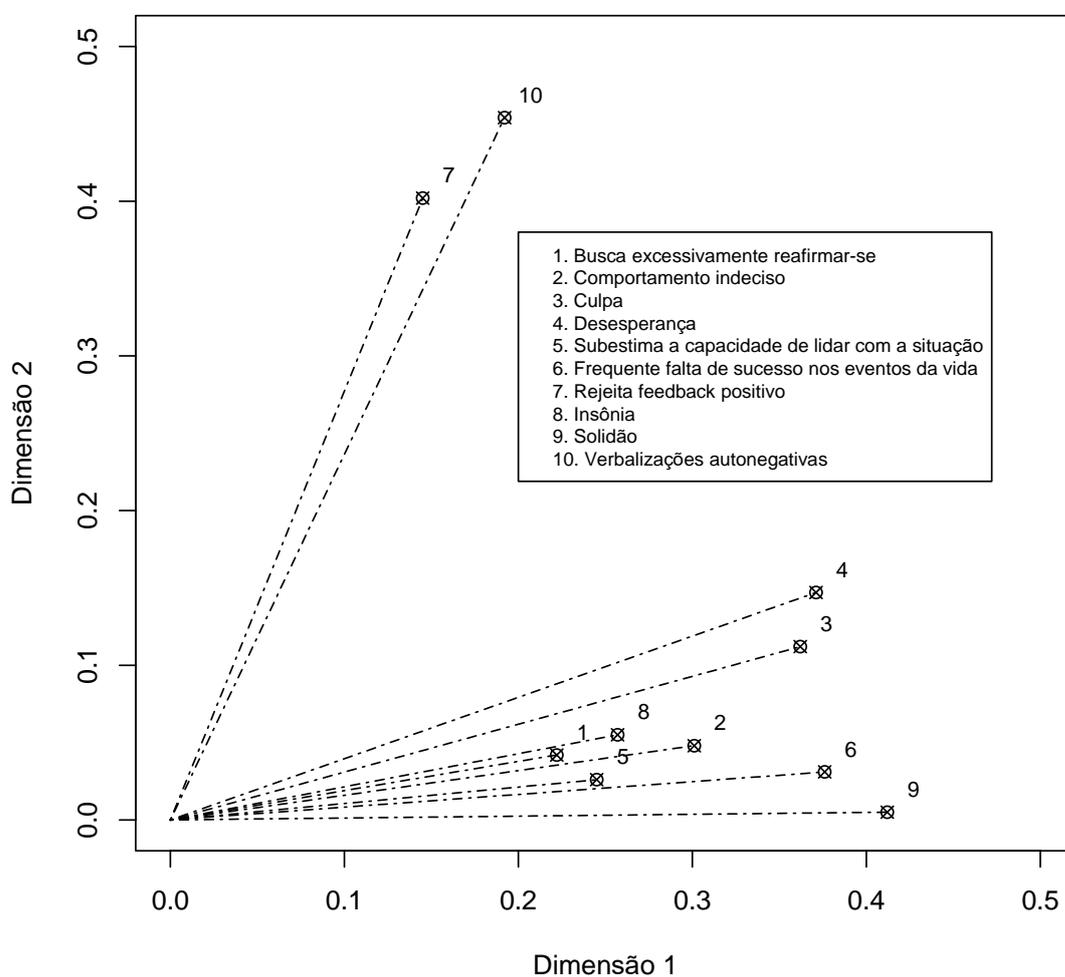


Tabela 11 – Medidas de acurácia diagnóstica dos indicadores clínicos de Baixa autoestima baseado em modelo de análise de classe latente ajustado com efeitos randômicos (n = 180). Fortaleza, 2017.

<b>Características definidoras</b>	<b>Se</b>	<b>IC95%</b>	<b>Sp</b>	<b>IC95%</b>		
1. Busca excessivamente reafirmar-se	0,6270	0,3830	0,8239	0,7716	0,6655	0,8430
2. Comportamento indeciso	0,6937	0,1438	0,9505	0,8310	0,7177	0,8882
3. Frequente falta de sucesso nos eventos da vida	0,8793	0,0169	0,9973	0,7674	0,6415	0,8480
4. Rejeita feedback positivo	0,2749	0,0980	0,6657	0,8826	0,7851	0,9370
5. Insônia	0,6167	0,2347	0,8829	0,8039	0,5971	0,9089
6. Solidão	0,9995	0,9771	1,0000	0,6866	0,4015	0,8525
Prevalência: 20,72	G <sup>2</sup> : 52,64		gl: 50		p = 0,372	

O modelo unidimensional para Baixa autoestima incluiu quatro indicadores do diagnóstico de Baixa Autoestima crônica e dois indicadores encontrados na revisão, os quais também apresentaram ajuste adequado no modelo de classe latente para este diagnóstico. O indicador *Comportamento indeciso* apresentou bom ajuste para os três modelos de classe latente ajustados com medidas de especificidade em torno de 80%. O modelo para baixa autoestima situacional se diferenciou dos outros dois pelos indicadores *Desesperança* e *Verbalizações autonegativas*, enquanto que o indicador *Culpa* caracterizou particularmente a Baixa autoestima crônica. Os dois diagnósticos, separadamente, também compartilharam o indicador *Subestima a capacidade de lidar com a situação*. Assim, um caminho para avaliar o desenvolvimento de Baixa autoestima nos pacientes com humor deprimido deveria iniciar com a avaliação dos indicadores de Baixa autoestima situacional, em particular dos indicadores *Desesperança* e *Verbalizações autonegativas*, pois a ausência destes indicadores está associada a uma baixa probabilidade para a ocorrência deste diagnóstico (entre 0,02 e 0,12). Se descartada a Baixa autoestima situacional, deve-se investigar a presença dos indicadores *Busca excessivamente reafirmar-se*, *Comportamento indeciso*, *Frequente falta de sucesso nos*

*eventos da vida, Rejeita feedback positivo, Insônia e Solidão* que estão associadas a uma Baixa autoestima ainda não crônica de acordo com as probabilidades posteriores calculadas no modelo de classe latente. A cronicidade desta baixa autoestima poderia então ser confirmada na presença de *Culpa*.

Tabela 12 – Probabilidades posteriores para o diagnóstico de Baixa Autoestima na amostra total de pacientes com base em análise de classe latente com efeitos randômicos (n = 180). Fortaleza, 2017.

Conjuntos	Características definidoras						n	Baixa Autoestima	
	CD1	CD2	CD3	CD4	CD5	CD6		Aus.	Pres.
1	0	0	0	0	0	0	42	1,00	0,00
2	0	0	0	0	0	1	8	1,00	0,00
3	0	0	0	0	1	0	5	1,00	0,00
4	0	0	0	0	1	1	2	1,00	0,00
5	0	0	0	1	0	0	4	1,00	0,00
6	0	0	0	1	0	1	3	1,00	0,00
7	0	0	0	1	1	0	2	1,00	0,00
8	0	0	0	1	1	1	2	1,00	0,00
9	0	0	1	0	0	0	12	1,00	0,00
10	0	0	1	0	0	1	2	1,00	0,00
11	0	0	1	0	1	0	1	1,00	0,00
12	0	0	1	1	0	0	4	1,00	0,00
13	0	0	1	1	1	0	2	1,00	0,00
14	0	1	0	0	0	0	15	0,98	0,02
15	0	1	0	0	0	1	7	0,94	0,06
16	0	1	0	0	1	0	3	0,88	0,12
17	0	1	0	0	1	1	3	0,66	0,34
18	0	1	0	1	0	0	3	0,93	0,07
19	0	1	0	1	0	1	1	0,77	0,23
20	0	1	0	1	1	0	2	0,62	0,38
21	0	1	1	0	0	0	3	0,77	0,23
22	0	1	1	0	1	0	2	0,30	0,70
23	0	1	1	0	1	1	5	0,10	0,90

24	0	1	1	1	0	0	3	0,43	0,57
25	0	1	1	1	0	1	6	0,16	0,84
26	0	1	1	1	1	0	4	0,09	0,91
27	0	1	1	1	1	1	7	0,02	0,98
28	1	0	0	0	0	0	3	1,00	0,00
29	1	0	0	0	1	1	1	1,00	0,00
30	1	0	0	1	0	0	1	1,00	0,00
31	1	0	0	1	0	1	1	1,00	0,00
32	1	0	1	0	0	0	1	1,00	0,00
33	1	0	1	0	0	1	1	1,00	0,00
34	1	0	1	1	0	0	1	1,00	0,00
35	1	1	0	0	0	0	3	0,97	0,03
36	1	1	0	0	0	1	1	0,89	0,11
37	1	1	0	0	1	0	1	0,80	0,20
38	1	1	0	1	1	1	1	0,19	0,81
39	1	1	1	0	0	0	3	0,65	0,35
40	1	1	1	0	0	1	1	0,32	0,68
41	1	1	1	0	1	0	2	0,19	0,81
42	1	1	1	0	1	1	2	0,06	0,94
43	1	1	1	1	0	1	1	0,10	0,90
44	1	1	1	1	1	0	2	0,05	0,95
45	1	1	1	1	1	1	1	0,01	0,99

CD1 - Busca excessivamente reafirmar-se; CD2 - Comportamento indeciso; CD3 - Frequentemente falta de sucesso nos eventos da vida; CD4 - Rejeita feedback positivo; CD5 - Insônia; CD6 - Solidão

Destaca-se que 25 de 45 conjuntos com diferentes combinações de indicadores clínicos apresentaram probabilidade de manifestar o diagnóstico Baixa autoestima e, dentre estes 25 conjuntos, 13 incluíam probabilidades superiores a 50% para a ocorrência do diagnóstico. Quase todos os indicadores clínicos listados na tabela acima, quando avaliados exclusivamente em um conjunto, apresentaram 100% chance de não apresentar o diagnóstico.

Os indicadores *Frequentemente falta de sucesso nos eventos da vida*, *Rejeita feedback positivo*, *Insônia* e *Solidão* parecem não demonstrar importância no

aparecimento de Baixa autoestima, pois, na ausência apenas de um desses indicadores em um conjunto completo, a probabilidade do diagnóstico existir é superior a 80%.

Tabela 13 – Análise Rasch para conjunto de indicadores clínicos identificados pelo modelo de classe latente para Baixa autoestima. Fortaleza, 2017.

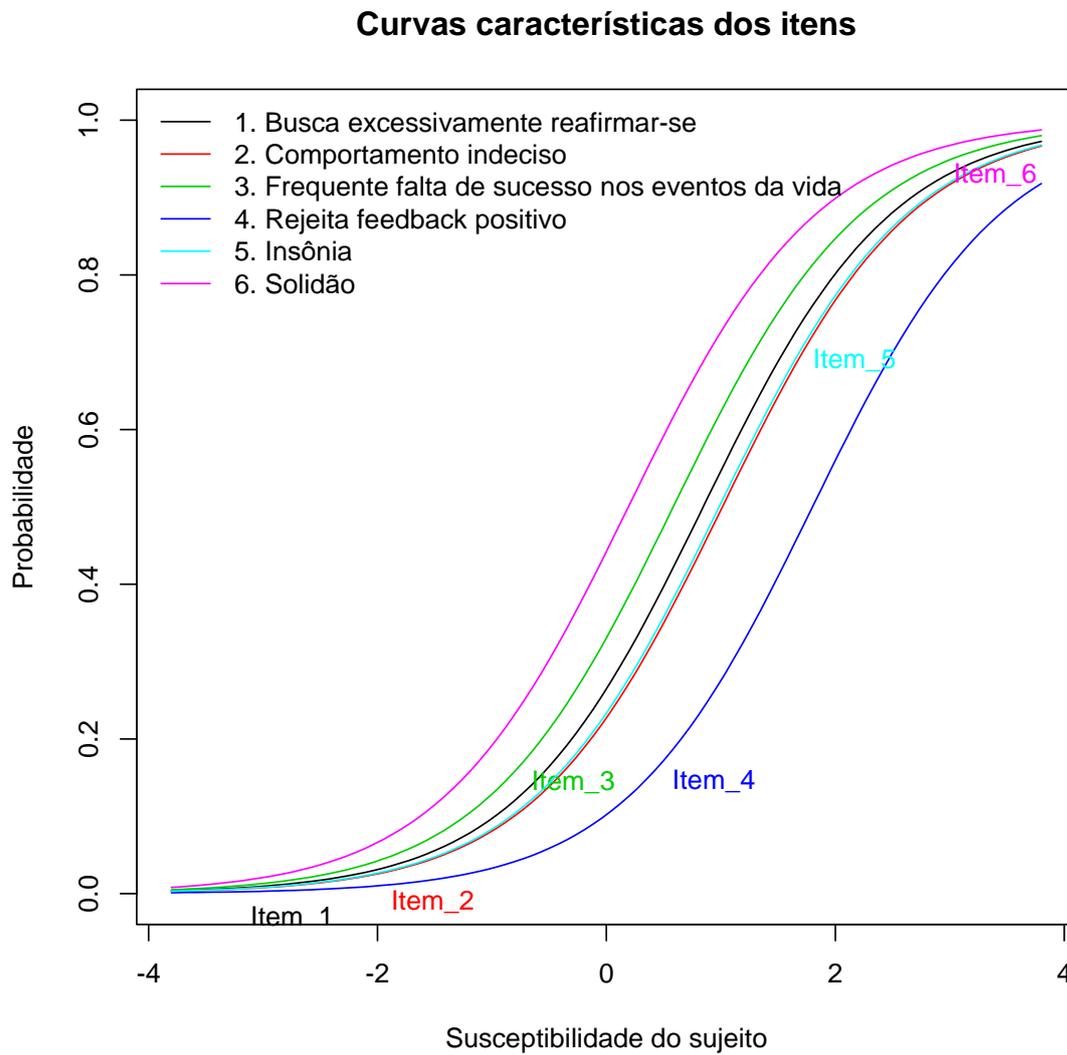
Análise dos itens	Espectro clínico (Dificuldade)			Ajuste dos itens					Correlação bisserial		Alpha se item excluído
	Estimativa	EP	IC95%	$\chi^2$	gl	Valor p	Infit t	Outfit t	Incluído	Excluído	
CD1	0,84	0,18	0,49 – 1,20	144,5	136	0,293	0,51	0,63	0,549	0,291	0,570
CD2	1,01	0,19	0,64 – 1,39	119,8	136	0,837	-1,01	-1,03	0,616	0,386	0,530
CD3	0,58	0,17	0,25 – 0,92	128,5	136	0,664	-0,56	-0,66	0,635	0,390	0,526
CD4	1,80	0,25	1,30 – 2,30	150,2	136	0,191	0,51	0,78	0,379	0,161	0,610
CD5	0,98	0,19	0,61 – 1,35	128,5	136	0,665	-0,48	-0,11	0,574	0,330	0,553
CD6	0,19	0,16	-0,12 – 0,51	114,0	136	0,915	-1,48	-1,02	0,660	0,415	0,514
Discriminação	1,21	0,14	0,94 – 1,48								
Testes de bondade de ajuste				Teste de Andersen:			Acurácia do modelo				
Teste	Valor	gl	Valor p	$\chi^2$	gl	Valor p	Medida	Valor			
Desvio Colapsado	38,285	30	0,143	3,87	5	0,568	Eficiência	0,734			
Hosmer-Lemeshow	8,214	8	0,413	Alpha de Cronbach			Sensibilidade	0,586			
Desvio de Rost	58,477	58	0,458	Valor	IC95%		Especificidade	0,831			
Desvio Casewise	863,279	812	0,103	0,598	0,497	0,675	Curva ROC	0,796			
Unidimensionalidade – Análise paralela modificada											
Correlação tetracórica	Item_1	Item_2	Item_3	Item_4	Item_5	Item_6					
CD1	1,000	0,370	0,223	0,105	0,314	0,402					
CD2	0,370	1,000	0,401	0,169	0,398	0,488					
CD3	0,223	0,401	1,000	0,306	0,495	0,428					
CD4	0,105	0,169	0,306	1,000	0,025	0,336					
CD5	0,314	0,398	0,495	0,025	1,000	0,315					
CD6	0,402	0,488	0,428	0,336	0,315	1,000					
Segundo autovalor nos dados observados:				0,528	No. Amostras Monte Carlo		Valor p				
Média dos segundos autovalores em amostras Monte Carlo:				0,532	100		0,485				

CD 1 - Busca excessivamente reafirmar-se; CD2 – Comportamento indeciso; CD3 - Frequente falta de sucesso nos eventos da vida; CD4 – Rejeita feedback positivo; CD5 - Insônia; CD6 – Solidão

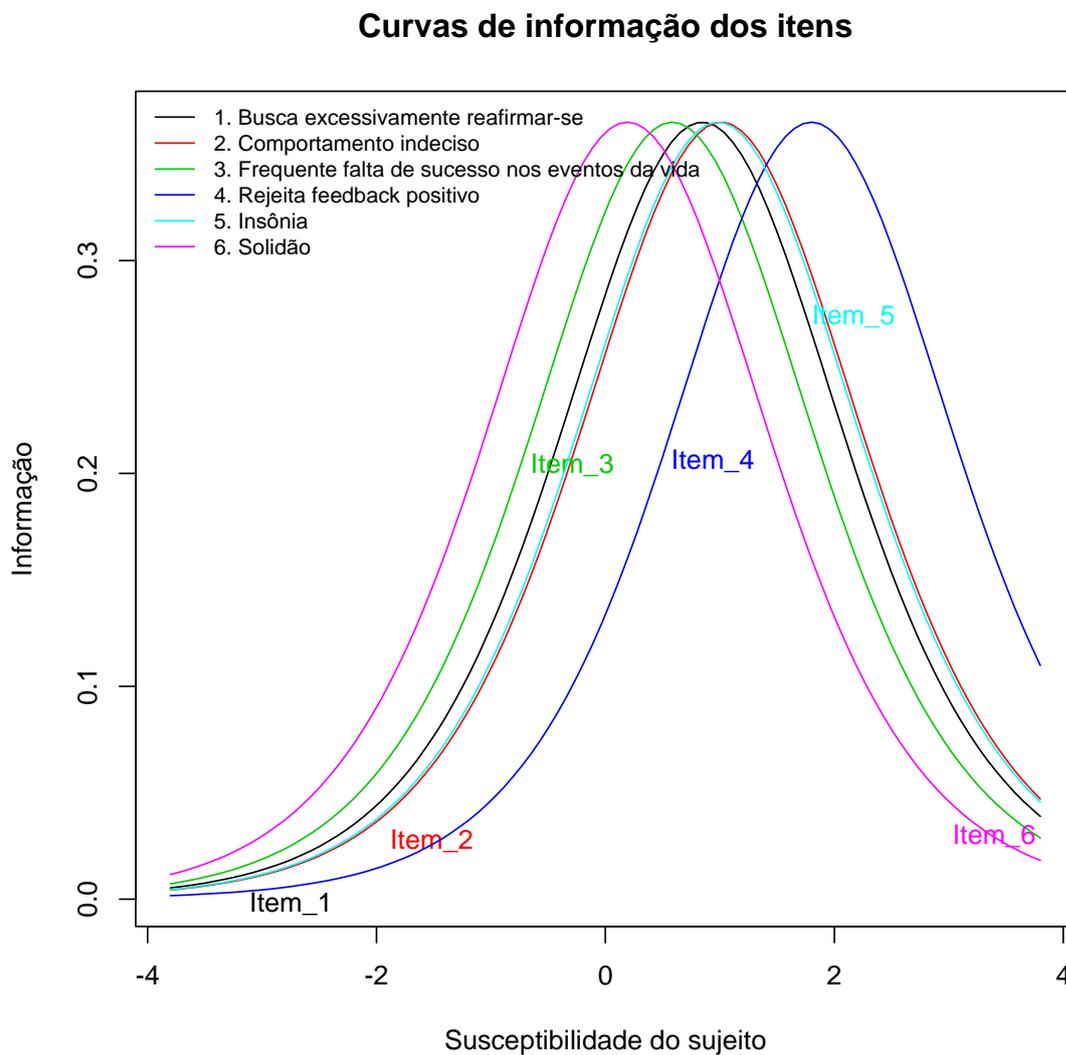
Na análise Rasch resumida na tabela 13, os seis indicadores clínicos identificados apresentaram medidas de espectro clínico (dificuldade do item) compatíveis com as medidas de acurácia diagnóstica descritas na tabela 11. Verifica-se que indicadores com valores baixos de espectro clínico apresentam maiores medidas de sensibilidade, como é o caso do indicador *Solidão* que apresentou uma estimativa de 0,19 e sensibilidade de 0,99. Por outro lado, indicadores com valores mais altos de espectro clínico apresentam maiores valores de especificidade, como por exemplo, o indicador *Rejeita feedback positivo* que apresentou estimativa de 1,8 e a mais alta especificidade entre os seis indicadores (0,88). O valor da capacidade de discriminação do modelo é superior a um, indicando que o conjunto de indicadores apresenta maior grau de especificidade do que de sensibilidade para o constructo Baixa autoestima. Estas relações podem ser visualizadas nas curvas características dos itens e curvas de informação dos itens (Gráficos 2 e 3) as quais mostram os indicadores com maior sensibilidade à esquerda e maior especificidade à direita. Isto é confirmado pela estatística de acurácia do modelo Rasch, no qual a especificidade foi calculada em 0,831 enquanto que a sensibilidade foi de apenas 0,586.

Todos os itens apresentaram ajuste ao modelo de acordo com o teste de Wald e com as estatísticas Infit e Outfit studentizadas as quais situaram-se entre os valores -2 e +2 conforme mostrado na tabela 13 e no Mapa de Bond – Fox (gráfico 4). As correlações bisseriais apresentaram mais altos sempre que os itens eram mantidos no modelo e os índices de confiabilidade foram apenas moderados variando de 0,514 a 0,610. Mesmo assim, os quatro testes de bondade do ajuste para o modelo global indicaram que os dados se ajustam ao modelo Rasch com valor de confiabilidade geral de 0,598 (IC95%: 0,497 – 0,675). Por fim a análise paralela modificada utilizando métodos de simulação Monte Carlo demonstrou que os seis indicadores incluídos no modelo apresentam unidimensionalidade ( $p = 0,485$ ), devendo representar um mesmo constructo, supostamente a Baixa autoestima.

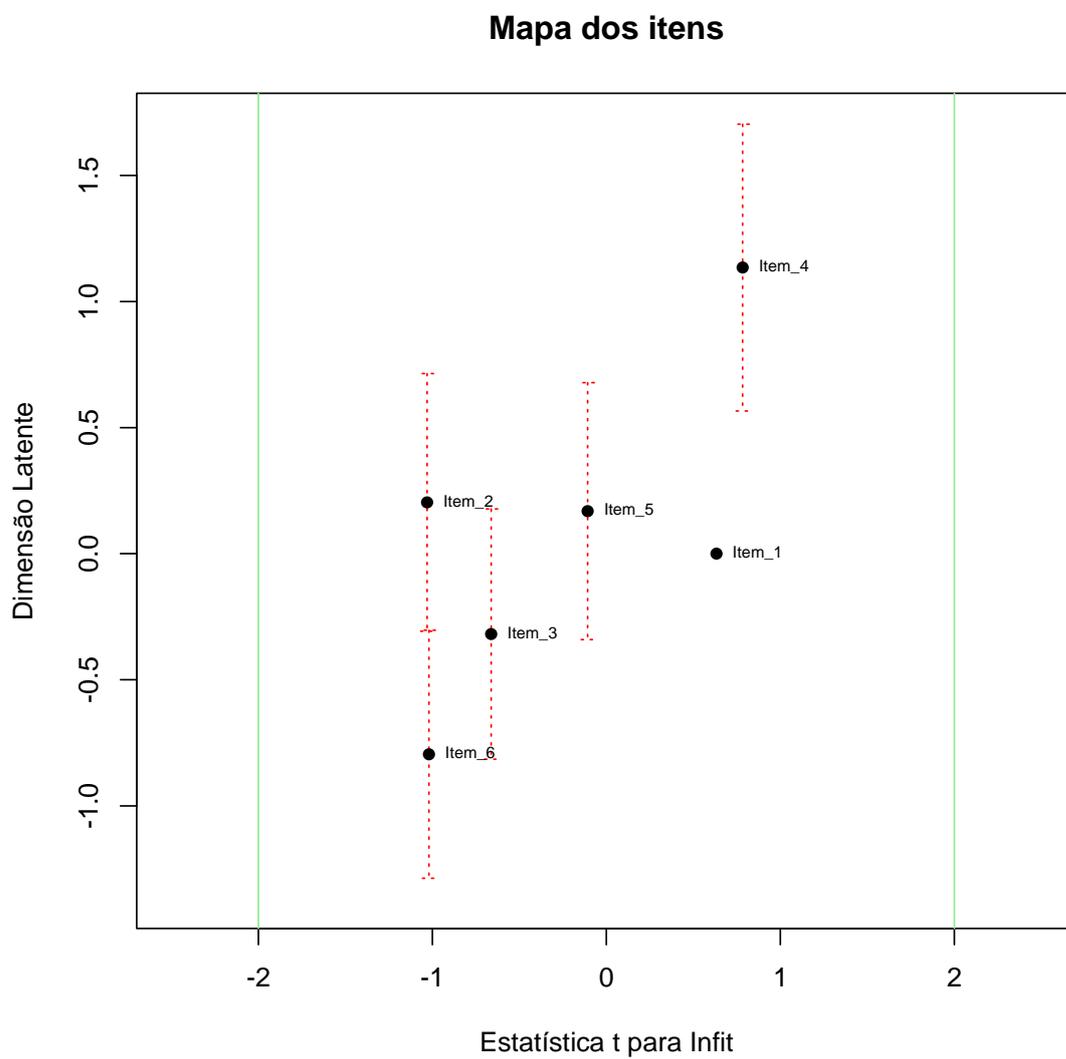
**Gráfico 2** – Curvas características dos itens (indicadores clínicos) obtidos a partir do modelo Rasch para o diagnóstico de Baixa Autoestima. Fortaleza, 2017.



**Gráfico 3** – Curvas de informação dos itens (indicadores clínicos) obtidos a partir do modelo Rasch para o diagnóstico de Baixa Autoestima. Fortaleza, 2017.



**Gráfico 4** – Mapa de Bond-Fox para ajuste de itens (indicadores clínicos) obtidos a partir do modelo Rasch para o diagnóstico de Baixa Autoestima. Fortaleza, 2017.



## 6 DISCUSSÃO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) alerta que uma em cada 10 pessoas no mundo é acometida por algum distúrbio de saúde mental. Esses dados representam aproximadamente 700 milhões de pessoas com sofrimento psíquico (WHO, 2015; WHO 2013). Ainda sobre as estimativas da organização, o Brasil é o país com a maior taxa de pessoas com transtornos de Ansiedade no mundo e o quinto em casos de Depressão. Foi calculado que 9,3% dos brasileiros possui algum transtorno de ansiedade e 5,8% da população apresenta depressão (WHO, 2017b).

O Transtorno afetivo bipolar também é um problema mental com relevância epidemiológica, pois é considerado uma das principais causas da redução do tempo de vida e saúde na população entre 15 e 44 anos de idade, além de provavelmente afetar 2,4 milhões de pessoas no Reino Unido, cerca de 12 milhões nos Estados Unidos e 254 milhões no mundo (ABRATA, 2017).

No presente estudo, os diagnósticos médicos relacionados aos transtornos de humor apresentaram maior prevalência, com destaque para o Transtorno afetivo bipolar, o qual foi identificado em mais da metade da população, seguido do diagnóstico Episódios depressivos, que correspondeu aproximadamente a um quinto da amostra. De acordo com o estudo de Reis et al. (2015), o qual avaliou os fatores de predição referentes à internação psiquiátrica entre usuários ambulatoriais de saúde mental, os diagnósticos médicos Transtorno afetivo bipolar, Esquizofrenia, Distúrbios ansiosos e Depressão mostraram significância estatística, de forma que os dois primeiros apresentaram associação de alta magnitude com a necessidade de internação. Similar aos dados de Reis et al. (2015), o presente estudo identificou uma alta taxa para a variável tratamento psiquiátrico prévio, o que pode ser justificado pela alta prevalência de indivíduos bipolares em nossa amostra, tendo em vista que a reinternação no decorrer do último ano foi considerada uma forma de tratamento anterior.

Os indicadores *Ruminação* e *Comportamento não assertivo* apresentaram as maiores frequências neste estudo, correspondendo a mais da metade da amostra. A *Ruminação* ou pensamento ruminativo, pode ser caracterizada como uma sequência de pensamentos repetitivos, pessimistas e contínuos. Os indivíduos com afeto negativo e com estratégias de enfrentamento ineficientes percebem-se incapazes, infelizes e distantes dos ideais. Portanto, o ato de ruminar ocorre de maneira recorrente e disfórica nesses

indivíduos, por estarem constantemente na busca de razões e justificativas das situações desagradáveis (ZANON et al., 2012).

O *Comportamento não assertivo*, segundo indicador clínico mais frequente neste estudo, pode ser definido como um comportamento inapropriado expresso por insegurança, desconfiança, comunicação prejudicada e enfrentamento inadequado. Ele pode possuir influência familiar, cultural e social ou ser desenvolvido devido à percepção da necessidade de mudança para melhor convívio (AVELAR; TEIXEIRA, 2014). A execução desse comportamento está diretamente relacionada com a autoestima do indivíduo. Ser socialmente habilidoso facilita a solução de problemas interpessoais, melhora a qualidade dos relacionamentos, promove tranquilidade e, conseqüentemente, o aumento da autoestima (GRILO, 2012; MAIA; BARTONILI, 2012).

O estudo de Lopes, Sousa e Cavalcante (2012), sobre análise de acurácia de Baixa autoestima situacional em gestantes, identificou que o diagnóstico esteve presente em 32,7% das gestantes, com frequência alta para a característica definidora *Comportamento não assertivo* (55,8%). Outra análise de acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem Baixa autoestima situacional, desenvolvido com pessoas estomizadas, identificou a presença do diagnóstico em 23,3% da amostra, com destaque para a característica definidora *Comportamento não assertivo* (26,1%) também revelou destaque na prevalência (MELO, 2016).

No presente estudo a prevalência do diagnóstico de enfermagem Baixa autoestima situacional foi estimada pelo modelo de classe latente em 34,36%, valor aproximado com a prevalência dos estudos supracitados. A característica definidora *Comportamento não assertivo* também demonstrou frequência significativa na amostra. Embora os estudos apresentem populações distintas, o *Comportamento não assertivo* parece corresponder a uma variável com manifestação importante nos sujeitos com Baixa autoestima situacional independente de sua condição médica.

Quanto a procedência dos indivíduos desta pesquisa, observou-se que aqueles oriundos da capital tinham uma prevalência aproximadamente duas vezes maior para os indicadores clínicos *Ideação suicida*, *Vergonha* e *Culpa*. Em relação ao indicador *Ideação suicida*, os dados corroboram com dados da Associação Brasileira de Psiquiatria (2014), que considera os moradores de áreas urbanas mais susceptíveis ao comportamento suicida no quesito aspectos sociais. Para Sadock e Sadock (2012), outros fatores de risco podem predispor o comportamento suicida, como a condição de desemprego e o sentimento de desesperança. Nos últimos dois anos, na região da grande Fortaleza, foi

percebido um crescente aumento de trabalhadores desempregados de acordo com a Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED, 2016). Para Silva e Marcolan (2015), o sofrimento psíquico pode vir como uma consequência da ausência de emprego, tendo como relato recorrente no indivíduo o sentimento de desesperança. Assim, notamos que a vida urbana parece estar diretamente mais vulnerável ao comportamento suicida.

Ademais, os transtornos de humor são os diagnósticos mais comumente vinculados com o suicídio. Dentre todos os indivíduos que comentem suicídio, 50% são deprimidos. Indivíduos com transtornos de humor acompanhados por ataques de pânico ou de ansiedade apresentam ainda risco maior (SADOCK; SADOCK, 2012).

O segundo indicador referente à procedência da capital e com chance duplicadas para o seu aparecimento foi *Vergonha*. Este sentimento está relacionado à identidade do sujeito e é, sobretudo, um sentimento psicológico que tem efeitos de controle social. A vergonha também é percebida como um sentimento que causa dor e, na maioria das vezes, as pessoas preferem não falar sobre ela, embora a mesma esteja relacionada diretamente com inúmeros outros sintomas clínicos, tais como: inferioridade, culpa, autoestima, desprezo e humilhação (FEITOSA et al., 2012).

No estudo Eckert (2002), sobre a cultura do medo e as tensões de viver na cidade, os constrangimentos sociais mostraram-se bastante presentes e mantiveram relação com as experiências pessoais e familiares da modernização da sociedade e com as transformações dos valores morais de conduta familiar. Assim, o sentimento de vergonha parece ter uma relação maior com a metrópole, visto a constante superação do indivíduo em relação aquilo que é socialmente e individualmente estigmatizante perante hábitos consolidados no ambiente urbano.

De acordo com a ABRATA (2014), as crenças negativas que uma pessoa mantém sobre si mesmo geram consequências danosas e estabelece um círculo vicioso. O portador de Transtorno afetivo bipolar costuma manter a sua condição clínica em segredo, sente vergonha e se isola; conseqüentemente apresenta diminuição da autoestima, não procura ajuda ou tratamento e seu estado de saúde piora, o que resulta em recaídas. Quanto mais recaídas o paciente tiver, pior será a sua qualidade de vida, favorecendo o início do círculo vicioso, com o aumento do sentimento de vergonha e do isolamento social.

Notamos neste estudo que o indicador clínico *Vergonha* apresentou associação estatística com o diagnóstico médico Transtorno afetivo bipolar, com chance aproximadamente duas vezes maior para sua apresentação em indivíduos bipolares, o que

parece comprovar os dados de Abrata (2014), referente as condições psíquicas dessa clientela específica.

O terceiro indicador clínico associado com a procedência urbana foi a *Culpa*, definida como responsabilização por atitudes e comportamentos adotados não condizentes com as normas pessoais e as exigências sociais (DIEHL; CARLOTTO, 2015). Para Rosário e Moreira (2013), o estabelecimento do sentimento de culpa é desejável para todos os sujeitos, uma vez que ele juntamente com a possibilidade de reparação, favorece o discernimento do indivíduo para reconstrução dos laços sociais.

No estudo de Medeiros e Sougey (2010), as ideias de culpa foram associadas significativamente com a faixa etária dos pacientes deprimidos, diminuindo a frequência com o aumento da idade. Houve associação também entre a presença da ideia de culpa com o nível de escolaridade dos indivíduos deprimidos, apresentando menor prevalência para escolaridade mais baixa. Assim, notamos que a culpabilização do indivíduo, principalmente na faixa etária juvenil, que corresponde a população mais ativa socioeconomicamente, pode ser maior em locais onde as cobranças, padronizações e concorrências sociais são mais efetivas, como no caso das regiões urbanas. No nosso estudo não encontramos relação da *Culpa* com dados sociodemográficos, porém o indicador esteve associado com os dois diagnósticos médicos mais prevalentes da amostra, o Transtorno afetivo bipolar e os Episódios depressivos.

Em relação a idade, dois indicadores clínicos mostram-se relevantes: *Desesperança* e *Busca autoafirmação virtual*. A desesperança é definida como estado subjetivo no qual um indivíduo vê alternativas limitadas ou não vê alternativas ou escolhas pessoais disponíveis e é incapaz de mobilizar energias a seu favor (HERDMAN, 2015). Este indicador apresentou associação estatística com pessoas com idade mais avançada corroborando as ideias de Assis e Guimarães (2014) os quais descreveram que o avançar da idade é um fator que requer atenção, por haver evidências de que distúrbios depressivos tendem a aumentar em pessoas mais velhas, tendo a desesperança com um dos principais sintomas.

Embora diversos estudos expliquem a desesperança em indivíduos idosos, no estudo de Langaro e Benetti (2014), o qual investigou características de narcisismo, depressão, ansiedade, desesperança e autoestima em 350 jovens adultos, apresentou correlação positiva e moderada no Inventário de Desesperança e Depressão de Beck, mostrando que, quanto mais sintomas de depressão a pessoa apresenta, mais sintomas de desesperança são verificados. Além disso, neste mesmo estudo, os resultados da escala

de autoestima Rosenberg mostraram uma correlação negativa e moderada com o Inventário de Depressão de Beck, indicando o aumento dos sintomas de depressão estava associado à diminuição da autoestima dos respondentes.

O indicador *Busca autoafirmação virtual* também mostrou relação com a faixa etária, visto que os indivíduos mais jovens demonstraram maior tendência para apresentá-lo. Para Lima et al. (2012), o avanço tecnológico tem promovido a ascensão do individualismo e a tecnificação da vida, com o conseqüente declínio da participação política das pessoas e a eliminação das diferenças individuais. Apesar das diversas formas de utilização das redes sociais virtuais, constata-se nos espaços pesquisados o predomínio de uma padronização dos discursos, imagens e significados sociais, que obedece à lógica do mercado capitalista. A crise de valores e significados sociais da contemporaneidade, associada à ascensão do individualismo e da tecnologia, tem promovido uma crise da criatividade e dos laços sociais. O consumo de imagens envolve a submissão do sujeito a um ideal imagético e de comportamento socialmente imposto. É ditado o que deve ser consumido, como devem ser as características pessoais deste sujeito e como ele deve parecer (SANCHES-JUSTO et al., 2014).

Novos aspectos comportamentais e valores sociais foram internalizados com a democratização do acesso à internet e às redes sociais, principalmente na faixa etária juvenil (MIRA; BODONI, 2011). Neste contexto, o sujeito pode criar uma realidade antecipada a partir das suas carências afetivas e emocionais, de forma que as redes sociais parecem ser o espaço ideal para expor sua insatisfação e insegurança consigo. Assim, o indivíduo com autoestima baixa parece depender da validação e da aprovação do outro, ao buscar convencimento daquilo que não tem certeza de ser.

Para o diagnóstico de enfermagem Baixa autoestima situacional, os indicadores *Desesperança* e *Verbalizações autonegativas* apresentaram especificidade elevada, indicando que a presença de um deles pode confirmar a presença do diagnóstico. Relacionado a isto, o estudo de Cruz e Braga (2005) identificou semelhanças entre o diagnóstico de enfermagem Desesperança e o Sentimento de Impotência, defendendo a diferença fundamental entre estes diagnósticos é que a pessoa desesperançada não vê alternativas para a situação atual, independente do agente, enquanto que a pessoa com impotência sente que não tem o poder para acionar as alternativas existentes. Assim, quando o sentimento de impotência persiste ocorre o desencadeamento de sentimentos de desesperança. É possível que expressões de insatisfação e frustração quanto à

incapacidade de realizar tarefas ou atividades prévias sejam entendidas como indicativas de baixa autoestima.

Outro estudo que objetivou identificar as principais distorções do pensamento em pacientes deprimidos encontrou a Desesperança como pensamento mais prevalente na amostra (69,3%). Nesse mesmo estudo, ao analisarem apenas os pacientes com depressão clínica, as proporções em geral aumentam consideravelmente, chegando a desesperança a atingir a frequência de 85,5% (MEDEIROS; SOUGEY, 2010).

Quanto a característica definidora *Verbalizações autonegativas*, observamos semelhanças na análise desse indicador no estudo de Lopes, Sousa e Cavalcante (2012), o qual encontrou especificidade alta (85,71%) para *Verbalizações autonegativas* na avaliação de gestantes. Dessa forma, percebe-se que a presença do indicador mesmo em populações distintas, parece ser um indicador confirmatório de Baixa autoestima situacional.

Nas autoverbalizações negativas, o indivíduo apoia de forma exagera as críticas negativas a respeito de si (HAYDU; CASTRO, 2013). Sobre isto, o estudo de Medeiros e Sougey (2010), identificou que pensamentos de autodepreciação foram considerados frequentes em paciente deprimidos com prevalência de 54,7% na amostra pesquisada.

Em relação ao diagnóstico de enfermagem Baixa autoestima crônica, dois indicadores clínicos, *Rejeita feedback positivo e Comportamento indeciso*, exibiram valores altos para a especificidade, podendo assim, serem usados para confirmar a presença de Baixa autoestima crônica. O *Feedback* é um processo fundamental para orientar o comportamento e o desempenho adequado das pessoas e o reconhecimento de um comportamento acima do esperado, deve ser reforçado através do *feedback* positivo (COHEN, 2015), ou seja, reforçar um comportamento que desejamos que se repita, incentiva e fortalece o sujeito de maneira positiva. O *feedback* é inevitavelmente interpretado pela ótica da autopercepção, de modo que indivíduos com baixa autoestima são mais sensíveis às críticas dos outros, apresentando uma percepção mais pessimista em relação ao seu próprio valor (PRICINOTE; PEREIRA, 2016; SOWISLO; ORTH, 2013). Assim, o indicador *Rejeita feedback positivo* pode ser explicado nesse clientela, considerando que a identificação ou não de mudanças positivas através do uso de *feedback* demanda tempo para sua constatação.

De acordo com o Brasil (2012b), o indivíduo com Depressão pode apresentar problemas relativos à capacidade de concentração; queixas ligadas à dificuldade de

manter a atenção e memorização de informações, além da indecisão generalizada e a susceptibilidade aumentada quanto à opinião dos outros. É considerado ainda que o sentimento de baixa autoestima está intimamente relacionado com todos esses fatores. Como os Episódios depressivos são determinados por um tempo maior de manifestação, concluiu-se que a Baixa autoestima crônica, definida por autoavaliação / sentimentos negativos e prolongados sobre si mesmo ou sobre as próprias capacidades, poderá ter maior possibilidade de ocorrência neste transtorno.

Quanto a sensibilidade, apenas *Solidão e Culpa* apresentaram valores elevados, o que define que tais indicadores clínicos demonstram melhores medidas de acurácia para inferir estágios iniciais do diagnóstico de enfermagem Baixa autoestima crônica. A *Solidão* pode ser definida como uma manifestação do mal-estar no laço social (TATIT; ROSA, 2013), uma experiência de desconforto associada ao desejo ou necessidade de mais contato com outras pessoas, de forma que a saúde pode ser prejudicada (HERDMAN, 2015). As pessoas com baixa autoestima emitem comportamentos que dificultam o seu relacionamento com os demais, pois elas supervalorizam suas carências afetivas e realizam constantes cobranças de respeito e consideração dos outros, nunca estando satisfeitas. Esse comportamento parece favorecer um início de distanciamento e isolamento social (SILVA; MARINHO, 2003).

Quanto ao segundo indicador, a *Culpa*, verificamos no estudo de Tavares (2010), que a desordem da autoestima é evidenciada na fala do melancólico mediante suas autoacusações, expressões de sentimentos de desvalia, culpa e vergonha. Para Senecosta (2011), na Depressão, geralmente os sentimentos e emoções estão atormentados pela culpa: culpa por ter a doença, por estar doente, culpa por se sentir revoltado com ela, culpa por viver na condição de doente, culpa por fazer o outro sofrer, culpa porque o outro é culpado de sua doença, culpa por não aderir o tratamento, dentre outras culpas. Assim, o indivíduo não se perdoa, ou não perdoa aquele a quem dirige a culpa por estar deprimido. Juntamente com o sentimento de culpa, outros se fazem presentes e se associam: a decepção consigo mesmo, a raiva de si mesmo ou do outro, o medo e a insegurança do presente e do futuro, a vergonha de ser visto assim por outra pessoa, e vários outros sentimentos que podem diminuir sua autoestima. No presente estudo, o indicador clínico *Culpa* manteve associação estatística com o diagnóstico médico Episódios depressivos, de forma que a baixa autoestima manifestada está relacionada a uma doença de ciclo sintomático mais prolongado.

Para a inferência da Baixa autoestima foram incluídos quatro indicadores do diagnóstico de Baixa Autoestima crônica (*Busca excessivamente reafirmar-se, Comportamento indeciso, Frequente falta de sucesso nos eventos da vida, Rejeita feedback positivo*) e dois indicadores encontrados na revisão (*Insônia e Solidão*). A Baixa autoestima situacional se diferenciou pelos indicadores *Desesperança* e *Verbalizações autonegativas*, enquanto que o indicador *Culpa* caracterizou particularmente a Baixa autoestima crônica. Portanto, para avaliarmos o desenvolvimento integralmente de Baixa autoestima em pacientes com humor deprimido, devemos iniciar com identificação dos indicadores de Baixa autoestima situacional, em particular dos indicadores *Desesperança* e *Verbalizações autonegativas*, pois a ausência destes indicadores está associada a uma baixa probabilidade para a ocorrência deste diagnóstico. Se descartada a Baixa autoestima situacional, deve-se investigar a presença dos indicadores encontrados no modelo unidimensional para Baixa autoestima (*Busca excessivamente reafirmar-se, Comportamento indeciso, Frequente falta de sucesso nos eventos da vida, Rejeita feedback positivo, Insônia e Solidão*), que estão associadas a uma Baixa autoestima ainda não crônica. A cronicidade desta baixa autoestima poderia então ser confirmada na presença de *Culpa*.

As alterações de humor no indivíduo influenciam na inferência dos diagnósticos de enfermagem Baixa autoestima situacional e Baixa autoestima crônica. Os resultados obtidos neste estudo revelam um possível caminho para identificação da Baixa autoestima em pacientes com humor deprimidos, considerando o tempo da sintomatologia manifestada. A escassez de pesquisas sobre os diagnósticos de enfermagem em estudo, em especial na população psiquiátrica, dificultou a comparação dos resultados. Todavia, isto pode indicar a necessidade de novos estudos voltados a essa temática.

Tendo em vista a importância dos diagnósticos para a população em questão, espera-se que o conhecimento acerca dos indicadores mais frequentes e de suas associações com variáveis sociodemográficas e clínicas, além dos indicadores com maior poder de predição para presença desses diagnósticos possa auxiliar o enfermeiro a inferir a Baixa autoestima de maneira mais acurada, otimizando a assistência a clientela.

## 7 CONCLUSÃO

O humor deprimido contribui para a manifestação de indicadores clínicos dos diagnósticos de enfermagem Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional. Esses diagnósticos representam o desenvolvimento de uma percepção negativa sobre si mesmo ou sobre suas próprias capacidades, podendo se desenvolver de maneira prolongada ou a partir de uma situação atual. Dessa forma, a diminuição da autoestima mostra-se como um problema relevante em adultos com humor deprimido. A identificação da precoce e acurada da baixa autoestima pode contribuir para o planejamento dos cuidados, de acordo com a necessidade de cada indivíduo.

Neste estudo foram avaliados 180 adultos com humor deprimido, sendo a maioria do sexo feminino e procedente da capital. A média de idade da amostra foi de 40,28 anos, com média de 3,27 para o número de membros na família e renda familiar de R\$1.865,54. *Ruminação* e *Comportamento não assertivo* foram os mais frequentes, correspondendo a mais da metade da amostra.

Pelo modelo de classe latente a prevalência do diagnóstico de enfermagem Baixa autoestima situacional representou 34,36% da amostra, e os indicadores clínicos *Desesperança* e *Verbalizações autonegativas* apresentaram as especificidades mais altas, seguidas de *Comportamento indeciso* e *Subestima a capacidade de lidar com a situação*. Na Baixa autoestima crônica, a prevalência do diagnóstico de enfermagem foi estimada pelo modelo de classe latente em 18,35%. Os indicadores clínicos *Comportamento indeciso* e *Rejeita feedback positivo* exibiram os valores mais altos para a especificidade e, apenas *Culpa e Solidão*, apresentaram valores elevados para sensibilidade.

O modelo unidimensional para Baixa autoestima conclui que para avaliação do diagnóstico em pacientes com humor deprimido deve ser iniciado pela análise dos indicadores de Baixa autoestima situacional, em particular dos indicadores *Desesperança* e *Verbalizações autonegativas*, pois a ausência deles pode confirmar a ausência do diagnóstico. Se descartada a Baixa autoestima situacional, deve-se investigar a presença dos indicadores *Busca excessivamente reafirmar-se*, *Comportamento indeciso*, *Frequente falta de sucesso nos eventos da vida*, *Rejeita feedback positivo*, *Insônia* e *Solidão* que estão associadas a uma Baixa autoestima ainda não crônica. A cronicidade desta baixa autoestima poder então ser confirmada pela presença da *Culpa*.

A realização deste estudo possibilitou a análise da acurácia dos indicadores clínicos do diagnóstico de enfermagem Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima

situacional. Acredita-se que os dados obtidos possam contribuir para uma maior compreensão da manifestação dos diagnósticos em adultos deprimidos, bem como de quais sinais e sintomas são mais frequentes e importantes para inferência de Baixa autoestima e as possíveis relações entre as variáveis sociodemográficas e clínicas com os indicadores e os diagnósticos.

Todavia, os resultados obtidos devem ser vistos com ponderação, devido à especificidade da amostra e as limitações do estudo. Como dito anteriormente, é escassa a quantidade de pesquisas sobre os diagnósticos estudados, principalmente na população psiquiátrica. Além disso, é peculiar a subjetividade na temática abordada. Ademais, faz-se necessária a realização de novas pesquisas com os mesmos diagnósticos de enfermagem, incluindo diferentes populações, de modo que seja possível comparar, posteriormente, os indicadores clínicos mais importantes para cada contexto específico.

## REFERÊNCIAS

American Psychiatric Association. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**, 4. ed., Washington, DC: APA, 2000.

ASANO, K.; ISHIMURA, I.; KODAMA, M. The functional role of resignation orientation on goal engagement, self-esteem, life satisfaction, and depression. **Health Psychology Research**, v. 2:1882, p 88-9182, nov. 2014.

ASSIS, T.A.; GUIMARÃES, C.M. processo de envelhecimento e enfermagem: análise de determinantes da depressão em idosos. **Estudos**, v. 41, especial, p. 183-195, out. 2014

Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos (ABRATA). Conversando sobre o transtorno bipolar. **Adesão ao tratamento e estigma do transtorno bipolar**. São Paulo, 2014.

Associação Brasileira de Familiares, Amigos e Portadores de Transtornos Afetivos (ABRATA). **Principais fatos sobre o transtorno bipolar**. Publicado em 7 de fevereiro de 2017. Disponível em: < <http://abrata.org.br/blogabrata/?tag=transtorno-bipolar-oms> >. Acesso em: 29 mai. 2017.

Associação brasileira de psiquiatria (ABP). **Suicídio: informando para prevenir**. Conselho Federal de Medicina (CFM). Brasília, 2014.

AVELAR, I. A.; TEIXEIRA, M. R. C. A assertividade como instrumento para o processo de liderança: uma análise dos seus reflexos no comportamento do líder. **Revista Perquirere**, v. 11(2), p. 51-70, dez. 2014.

AYDEMIR, O.; AKKAYA, C. Association of social anxiety with stigmatisation and low self-esteem in remitted bipolar patients. **Acta Neuropsychiatrica**, v. 23, Issue 5, p. 224–228, oct. 2011.

BAHRAINIAN, S. A. *et al.* Relationship of Internet addiction with self-esteem and depression in university students, v. 55 (3), p. 86-9, sep. 2014.

BOLSONI-SILVA, A. T.; CARRARA, K. Habilidades sociais e análise do comportamento: compatibilidades e dissensões conceitual-metodológicas. **Psicol. rev.**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 330-350, ago. 2010.

BOYD, J. E.; OTILINGAM, P. G.; DEFORGE, B. R. Brief Version of the Internalized Stigma of Mental Illness (ISMI) Scale: Psychometric Properties and Relationship to Depression, Self Esteem, Recovery Orientation, Empowerment, and Perceived Devaluation and Discrimination. **Psychiatric Rehabilitation Journal**, v. 37, n. 1, p. 17–23, mar. 2014.

BRAGA, C. G.; DINÁ, A. L. M. C. Powerlessness: differentiation from other diagnoses and concepts. **Rev Esc Enferm.**, v.39, n.3, p.350-7, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho nacional de Saúde. Comissão Nacional de ética em Pesquisa. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Aprova as diretrizes e**

**normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da saúde. Manual técnico de promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar / **Agência Nacional de Saúde Suplementar.** 4. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: ANS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST/Aids.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2012b.

BRESSAN, V. R.; SCATENA, M. C. M. O cuidar do portador de transtorno mental crônico na perspectiva do enfermeiro: um enfoque fenomenológico. **Rev Lat Am Enferm.,** Ribeirão Preto, v. 10(2), p. 682-9, set./out. 2002.

ÇAKAR, F. S. The Effect of Automatic Thoughts on Hopelessness: Role of Self-esteem as a Mediator. **Educational Sciences: Theory & Practice,** v. 14, n. 5, p. 1682-1687, 2014.

CAVALCANTE, C. B. C.; SOUSA, V. E. C.; LOPES, M. V. O. Baixa autoestima situacional em gestantes: uma análise de acurácia. **Rev. bras. enferm.,** Brasília, v.65, n.6, nov./dec. 2012.

COHEN, R. **O método sanduíche para feedback: reflexões e alternativas.** 2015. 21f. Especialização. Faculdade de Tecnologia em Florianópolis, Pós-Graduação *Lato Sensu*, MBA em Gestão de Serviços Compartilhados. Florianópolis, 2015.

Conselho Internacional de Enfermagem. CIPE® Versão 1: **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.** São Paulo: Algor; 2007.

CORRÊA, C. S. **Raciocínio Clínico: o desafio do cuidar.** 2003. 175f. Tese (doutorado). Escola de enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

CREEMERS, D. H. *et al.* Implicit and explicit self-esteem as concurrent predictors of suicidal ideation, depressive symptoms, and loneliness. **J. Behav. Ther. & Exp. Psychiat.,** v.43, p.638-646, mar. 2012.

DALGALARRONDO, P. **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008, 440p.

DIEHL, L.; CARLOTTO, M.S. Burnout Syndrome: indicators for the construction of a diagnostic. **Psicol. clin.** v.27, n.2, p. 161-179, 2015.

DORON, J.; THOMAS-OLLIVIER, V.; VACHON, H.; FORTES-BOURBOUSSON, M.. Relationships between cognitive coping, self-esteem, anxiety and depression: A cluster-analysis approach. **Personality and Individual Differences,** v. 55, Issue 5, p. 515–520, sep. 2013.

DRASGOW, F. and LISSAK, R. (1983) Modified parallel analysis: a procedure for examining the latent dimensionality of dichotomously scored item responses. **Journal of Applied Psychology,** 68, 363– 373.

ECKERT, C. A cultura do medo e as tensões do viver a cidade: narrativa e trajetória de velhos moradores de Porto Alegre. In: MINAYO, MCS., and COIMBRA JUNIOR, CEA., orgs. **Antropologia, saúde e envelhecimento** [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

FEITOSA, I.P., RIVERA, G.A., CAMBOIM, A.A, SANTOS, M.S. Repensando o sentimento da vergonha: contribuições psicossociológicas. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 24 – n. 1, p. 203-210, Jan./Abr. 2012

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W. **Epidemiologia clínica: elementos essenciais**. 4. ed. Tradução Roberta Marchiori Martins. Porto Alegre: Artmed, 2006.

GASPAR, T. R. O sentimento de culpa e a ética em psicanálise. **Psyche**, São Paulo, v.1, n.20, p. 47-65, jan./jun. 2007.

GRILO, A.M. Relevância da assertividade na comunicação profissional de saúde-paciente. **Psicologia, saúde & doenças**, v.13, n.2, p. 283 – 297, nov.2012.

HAYDU, V. B.; CASTRO, T. C. Efeito da Escolha da Opção “Nenhuma das Alternativas” sobre a Ressurgência de Classes de Equivalência. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 451-467, dez. 2013.

HERDMAN, T. H. **NANDA International Nursing diagnoses: definitions and classification, 2015-2017**. Oxford: wiley-blackwell, 2015.

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica**. Tradução Michael Schmidt Duncan. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

ILIC, M. Protecting self-esteem from stigma: a test of different strategies for coping with the stigma of mental illness. **International Journal of Social Psychiatry**, v. 58, p. 246–257, may. 2011.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Censo 2010. **Pirâmide etária**. Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em: 30 mai. 2016.

JANG, J.M. *et al.* Predictors of suicidal ideation in a community sample: Roles of anger, self-esteem, and depression. **PsychiatryResearch**, v. 216, Issue 1, p.74–81, apr. 2014.

JESSE, D. E.; KIM, H.; HERNDON, C. Social support and self-esteem as mediators between stress and antepartum depressive symptoms in rural pregnant women. **Research in Nursing & Health**, v. 37, p. 241–252, jun. 2014.

JÚNIOR, F. B. A. **Semiologia em psiquiatria da infância e da adolescência**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

KORONCZAI, B. *et al.* The mediating effect of self-esteem, depression and anxiety between satisfaction with body appearance and problematic internet use. **America Journal of Drug and Alcohol Abuse.**, v.39, p. 259-65, jul. 2013.

KUSTER, F.; ORTH, U.; MEIER, L. L. Rumination mediates the prospective effect of low self-esteem on depression: a five-wave longitudinal study. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 38, p. 747-59, mar. 2012.

LAGARO, F. N.; BENETTI, S. P.C. Contemporary subjectivity: narcissism and emotional states in a group of young adults. **Psic. Clin.**, Rio de Janeiro, vol. 26, n.2, p. 197-215, 2014.

LAKEY, C. E. *et al.* Effects of contingent self-esteem on depressive symptoms and suicidal behavior. **Death Stud.**, v.38, p. 563-70, jul./dec.2014.

LEDRIK, J.; GANA, K. Relationship between attributional style, perceived control, self-esteem, and depressive mood in a nonclinical sample: A structural equation-modelling approach. **Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, v. 86, p. 413–430, dec. 2013.

LEE, C. *et al.* A closer look at self-esteem, perceived social support, and coping strategy: a prospective study of depressive symptomatology across the tran. **Journal of Social and Clinical Psychology**, v. 33, n. 6, p. 560-585, jun. 2014.

LEE, J. S.; JOO, E. J.; CHOI, K. S. Perceived Stress and Self-esteem Mediate the Effects of Work-related Stress on Depression. **Stress and Health**, v. 29, p. 75–81, feb. 2013.

LEE-FLYNN, S. C. *et al.* Daily cognitive appraisals, daily affect, and long-term depressive symptoms: the role of self-esteem and self-concept clarity in the stress process. **Personality and Social Psychology Bulletin**, v. 37, p. 255–268, feb. 2011.

LEMOLA, S. *et al.* Optimism and self-esteem are related to sleep. Results from a large community-based sample. **International Journal Behavioral Medicine.**, v. 20, Issue 4, p. 567-571, dec. 2013.

LIMA, N.L.L.; SOUZA, E.P.; REZENDE, A.O.; MESQUITA, A.C.R. The adolescents on the internet: a reflection on virtual communities. **Arq. bras. psicol.**, v.64, n.3, dez. 2012.

LIN, C-C. The relationships among gratitude, self-esteem, depression, and suicidal ideation among undergraduate students. **Scandinavian Journal of Psychology**, v. 56, p. 700–707, dec. 2015a.

LIN, C-C. Gratitude and depression in young adults: The mediating role of self-esteem and well-being. **Personality and Individual Differences**, v. 87, p. 30–34, dec. 2015b.

LIPPINCOTT, W., WILKINS. **Enfermagem Psiquiátrica**. Série. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

LOPES, M. V. O. Desenhos de Pesquisa em Epidemiologia, In: (org). ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Rouquayrol epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAÚJO, T. L. Methods for Establishing the Accuracy of Clinical Indicators in Predicting Nursing Diagnoses. **International Journal of Nursing Knowledge**, v. 23, n. 3, p. 134-139, may. 2012.

LOPES, M. V. O.; SILVA, V. M.; ARAÚJO, T. L. Métodos de pesquisa para validação clínica de conceitos diagnósticos. In: NANDA International Inc.; HERDMAN, T.H.; CARVALHO, E. C., organizadores. **PRONANDA – Programa de Atualização em Diagnósticos de Enfermagem – Conceitos Básicos**. (Sistema de Educação em Saúde Continuada a Distância). 1. ed. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2013, p. 85-129.

LUNNEY, M. Use of critical thinking in the diagnostic process. **Int. J. Nurs. Terminol. Classif.**,v.21, p. 82-88, apr./jun.2010.

MAIA, D. S; BORTOLINI, M. The development of assertiveness ability and interaction in school: experience report. **Psicol. rev.** (Belo Horizonte), v.18, n.3, dez. 2012.

MAGALHÃES, M. O. Valores Pessoais, Vínculos com a Carreira e Comprometimento Organizacional. **Interação Psicol.**, Curitiba, v. 17, n. 2, p. 129-139, jul./set. 2013.

MAJ, M.; SARTORIUS, N. **Transtornos Depressivos**. Porto Alegre, Artmed, 2005.

MARCHEZINI-CUNHA, V.; TOURINHO, E. Z. Assertividade e Autocontrole: Interpretação Analítico-Comportamental. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 26 n. 2, p. 295-304, abr./jun. 2010.

MATEUS, M. D. **Políticas de saúde mental**: baseado no curso Políticas públicas de saúde mental, do CAPS Luiz R. Cerqueira. São Paulo: Instituto de Saúde, 2013. 400p.

MEDEIROS, H.L.V.; SOUGEY, E.B. Distortions of thinking in depressed patients: frequency and type. **J Bras Psiquiatr.**, v.59, n.1, p. 28-33, out. 2010.

MELO, M. D. M. **Acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem baixa autoestima situacional em estomizados**. 2016. 78f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

Michaelis (Online). **Michaelis Dicionário Brasileiro da Língua Portuguesa**. Editora Melhoramentos Ltda. Disponível em: <<http://michaelis.uol.com.br/>>. Acesso em: 15 jun. 2016.

MICHALAK, J. et. al. Buffering low self-esteem: The effect of mindful acceptance on the relationship between self-esteem and depression. **Personality and Individual Differences**, v. 50, p. 751–754, apr. 2011.

MIRA, J. E; BODINI, P.S.B. Os impactos das redes sociais virtuais nas relações de jovens e adultos no ambiente acadêmico nacional. **Revista de educação**. v.14, n.17, p. 103-115, mai. 2011.

MITSUI, N. et al. The association between suicide risk and self-esteem in Japanese university students with major depressive episodes of major depressive disorder. **Dove press jornal: Neuropsychiatric Disease and Treatment**, v. 10, p. 811-816, may. 2014.

NASIRI, S.; KORDI, M.; GHARAVI, M. M. A comparative study of the effects of problem-solving skills training and relaxation on the score of self-esteem in women with postpartum depression. **Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research**, v. 20, p. 105-112, jan/feb. 2015.

NETO, M. R. L.; ELKIS, H. - **Psiquiatria Básica**, 2ª. Edição. Porto Alegre: Artmed, 2007.

NIETSCH, E. A. **Tecnologia emancipatória: possibilidade para práxis de enfermagem**. Ijuí (RS): Unijuí, 2000.

Organização Mundial da Saúde. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**, 10 rev., v.2., 8. ed. São Paulo: Edusp; 2008.

ORTH, U.; LUCIANO, E. C. Self-Esteem, Narcissism, and Stressful Life Events: Testing for Selection and Socialization. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 109, n. 4, p. 707-721, sep. 2015.

PASCOAL, L. M. **Diagnósticos de enfermagem respiratórios em crianças com infecção respiratória aguda: um estudo longitudinal**. Fortaleza, 2011. 128f. Dissertação (mestrado). Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

PERES, M. A. et al. Auto-avaliação da saúde em adultos no sul do Brasil. **Rev Saúde Pública**, v. 44, p. 901-911, abr. 2010.

Pesquisa de Emprego e Desemprego (PED). Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos (DIEESE). **Resultados Mensais de 2016 Região Metropolitana de Fortaleza**. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/analiseped/anualFOR.html>>. Acesso em: 02 jun. 2017.

PHILLIPS, W. J.; HINE, D. W. En Route to Depression: Self-Esteem Discrepancies and Habitual Rumination. **Journal Personality**, v. 84, p. 79-90, feb. 2016.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PRICINOTE, S.C.M.N.; PEREIRA, E.R.S. Medical Students' Views on Feedback in the Learning Environment. *Revista Brasileira de Educação Médica*. v.40, n.3, p. 470-480, feb. 2016

REIS, L. N.; SIMPLICIO, J.C.S.; GHERARDI-DONATO, E.C.S.; ZANETTI, A.C.G. The probabilities of psychiatric hospitalization of mental health clinic patients. **SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog**. (Ed. port.), v.11, n. 2, jun. 2015.

ROSÁRIO, A.B.; MOREIRA, J. O. **Culpa e laço social: possibilidades e limites**. Barbacena: EdUEMG, 2013.

QU, Y.; TANG, M.; KUTNER, M. H. Random effects models in latent class analysis for evaluation accuracy of diagnostic test. **Biometrics**, v. 52, p. 797-810, 1996.

SADOCK, B. J.; SADOCK, V. A. **Manual de Psiquiatria Clínica: referência rápida**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

SANCHES-JUSTO, J., SOUZA, B.M.S.A., VASCONCELOS, J. P., ROSA, T.S. Selfie: the image between the spectacle and the subject construction. **Colloquium Humanarum**, vol. 13, n. Especial, p. 656-66, Jul/Dez, 2016.

SENE-COSTA, E. Emotions and depressive disorders. The theatre of forgiveness as a stage for recovery. **Rev. bras. Psicodrama**, v.19, n.2, 2011.

SANTOS, E. G., SIQUEIRA, M. M. Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: uma revisão sistemática de 1997 a 2009. **J Bras Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v.59, n.3, p. 238-246, mai/ago. 2010.

SILVA, D. A., MARCOLAN, J.F. Unemployment and psychological distress in nurses. **Rev Bras Enferm.**, v. 68, n.5, p.493-500, maio. 2015

SILVA, A. I.; MARINHO, G. I. Self-esteem and feeling relationships. **Universitas Ciências da Saúde**, v.1, n.2, p.229-237, 2003.

SOUSA, S. R.; HAYDU, V. B. **Psicologia comportamental aplicada: avaliação e intervenção nas áreas do esporte, clínica, saúde e educação**. 1. Ed., v. 1, Londrina: EDUEL, 2009.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **Einstein**, v. 8, p. 102-6, 2010.

SOWISLO, J. F.; ORTH, U. Does Low Self-Esteem Predict Depression and Anxiety? A Meta-Analysis of Longitudinal Studies. **Psychological Bulletin**, v. 139, n. 1, p. 213–240, 2013.

STEFANELLI, M. C.; FUKUDA, I. M. K.; ARANTES, E. C. (orgs). **Enfermagem psiquiátrica: em suas dimensões assistenciais**. Barueri: Manole, 2008.

SWANSON, S. A. *et al.* A Monte Carlo investigation of factors influencing latent class analysis: An application to eating disorder research. **International Journal of Eating Disorders**, v. 45, n. 5, p. 677-684, jul. 2012.

TAE, Y. S.; HEITKEMPER, M.; KIM, M. Y. A path analysis: a model of depression in korean women with breast cancer-mediating effects of self-esteem and hope. **Oncology Nursing Forum**, v. 39, n.1, jan. 2012.

TATIT, I.; ROSA, M. D. So that it may not be said that Freud and Lacan did not speak about loneliness. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 5, n. 2, p. 136-143, jul. /dec. 2013.

TOLEDO, V. P.; RAMOS, N. A.; WOPEREIS, F. Processo de Enfermagem para pacientes com Anorexia Nervosa. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n.1, jan./feb. 2011.

VARESCON, I. et al. Self-esteem, psychological distress, and coping styles in pregnant smokers and non-smokers *Psychol Rep.* 2013 Dec;113(3):935-47.

ZANON C.; BORSA, J.C.; BANDEIRA, D.R.; HUTZ, C.S. The relationship between ruminative thought and facets of neuroticism. **Estud. psicol.** (Campinas), v.29, n.2, Apr./June. 2012

ZHANG, B., CAI, T. Using SEM to Examine the Dimensions of Perfectionism and Investigate the Mediating Role of Self-Esteem between Perfectionism and Depression in China. **Australian Journal Guidance and Counselling**, v. 22, Issue 1, p. 44-57, jun. 2012.

ZHOU, X.; OBUCHOWSKI, N. A.; MCCLISH, D. K. **Statistical methods in diagnostic medicine.** New York: Wiley Interscience, 2002.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. **J. Adv. Nurs.**, v. 52, n. 5, p. 546-553, dec. 2005.

World Health Organization - WHO. **Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates.** Geneva; 2017b.

World Health Organization - WHO. **Investing in treatment for depression and anxiety leads to fourfold return.** Washington DC, USA, 2016. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016/depression-anxiety-treatment/en/>>. Acesso em 02 fev. 2017.

World Health Organization - WHO. **Mental disorders.** Fact sheet. Reviewed April 2017a. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>>. Acesso em: 10 jun. 2017.

World Health Organization - WHO. **Mental health atlas 2014.** Geneva; 2015. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/news/notes/2015/finances-mental-health/en/>>. Acesso em: 30 mai. 2017.

World Health Organization - WHO. **Mental health action plan 2013-2020.** Geneva; 2013. Disponível em: <[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1)>. Acesso em: 30 mai. 2017.

ZEIGLER-HILL, V., WALLACE, M. Self-esteem Instability and Psychological Adjustment. **Self and Identity**, v. 11, Issue 3, p. 317-342, jul. 2012.

# APÊNDICES

## APÊNDICE A

### PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO PARA COLETA DE DADOS PARA DESENVOLVIMENTO DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

#### MATERIAIS NECESSÁRIOS:

- Instrumento para coleta de dados;
- Lápis comum e apontador;
- Caneta esferográfica;
- Almofada para impressão digital;
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

#### DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES:

1. Apresentar-se ao enfermeiro responsável pelo setor, explicar os objetivos da pesquisa, o procedimento que será realizado e solicitar autorização para aplicar formulário e consultar o prontuário ou ficha de atendimento dos pacientes;
2. Investigar quais pacientes atendem aos critérios de inclusão;
3. Apresentar-se e explicar o procedimento ao paciente, explicitando os objetivos do estudo e informando-o quanto à confidencialidade das informações;
4. Solicitar a autorização do paciente e/ou responsável por meio da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido;
5. Iniciar a coleta dos dados, de acordo com o instrumento de coleta elaborado;
6. Agradecer a participação;
7. Anotar dados complementares no instrumento após leitura do prontuário ou ficha de atendimento.

**APÊNDICE B****INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS - EXAME CLÍNICO****1 Dados sociodemográficos e clínicos:**

1.1. Nome: \_\_\_\_\_

1.2. Código do paciente: \_\_\_\_\_

1.3. Data da Avaliação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1.4. N° do Prontuário ou da Ficha de atendimento: \_\_\_\_\_

1.5. Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1.6. Idade: \_\_\_\_\_

1.7. Sexo: ( ) masculino ( ) feminino

1.8. Tratamento atual:

( ) Internação hospitalar

( ) Atendimento ambulatorial

( ) Acompanhamento no hospital dia

( ) Espera de vaga para internação hospitalar (Emergência)

( ) Observação (Emergência)

1.9. Diagnóstico Médico: \_\_\_\_\_

1.10. Procedência: \_\_\_\_\_

1.11. Renda Familiar (em reais): \_\_\_\_\_

1.12. N° de membros na família: \_\_\_\_\_

1.13. Tratamento psiquiátrico prévio:

( ) Não

( ) Sim

*Especificar:* \_\_\_\_\_

1.14. Número de internações nos últimos 12 meses: \_\_\_\_\_

1.15. Possui antecedentes familiares para transtornos mentais?

( ) Não

( ) Sim

*Especificar:* \_\_\_\_\_

Tipo de doença: \_\_\_\_\_

Parentesco: \_\_\_\_\_

## 2. Investigação de dados subjetivos:

Instruções: Esta pesquisa questiona você sobre sua saúde. Estas informações nos manterão informados de como você se sente e quão bem você é capaz de realizar as suas atividades cotidianas. Responda cada questão escolhendo apenas um dos cinco possíveis itens de resposta. As questões deverão ser respondidas baseado nos últimos 15 dias decorridos até a data de hoje. Caso você esteja inseguro em como responder, por favor, tente responder o melhor que puder.

### 2.1. Busca excessivamente reafirmar-se

Quanto desconfiado(a) você se sente em sua vida diária?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

---



---



---

### 2.2. Comportamento não assertivo

Quanta dificuldade você tem em dizer não às pessoas?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

---



---



---

### 2.3. Comportamento indeciso / Hesita em tentar novas experiências

Quanto satisfeito(a) você está com sua capacidade de tomar decisões?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

---



---



---

### 2.4. Culpa

Com que frequência você se sente culpado?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

**2.5. Demasiadamente conformado**

O quanto você se sente incomodado quando não consegue realizar suas atividades diárias?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

**2.6. Desafio situacional ao próprio valor / Sentimento de inutilidade**

O quanto você se sente valorizado?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

**2.7. Dependente da opinião dos outros**

Você costuma solicitar a opinião dos outros?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

**2.7.1. Busca autoafirmação virtual**

Com que frequência você usa a internet?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

Se o item “Mais ou menos”, “Bastante” ou “Extremamente” foi assinalado para a questão acima, continue a responder as questões 7.1.1, 7.1.2 e 7.1.3.

2.7.1.1. Com que frequência você exibe opiniões através de escritas ou gravuras nas redes virtuais?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

2.7.1.2. Com que frequência você publica imagens pessoais nas redes virtuais?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

2.7.1.3. Como você se sente quando os outros não manifestam opiniões em suas publicações nas redes virtuais?

- ( ) Tranquilo  
 ( ) Indiferente  
 ( ) Ansioso  
 ( ) Triste  
 ( ) Irritado

---



---



---

## 2.8. Desesperança

Quanto otimista você se sente em relação ao futuro?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

---



---



---

## 2.9. Enfrentamento ineficaz / Subestima a capacidade de lidar com a situação

Com quanta dificuldade você enfrenta as situações do dia a dia?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

---



---



---

## 2.10. Exagera no feedback negativo sobre si mesmo/ Verbalizações autonegativas

O quanto você acredita possuir boas qualidades?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

---



---



---

## 2.11. Frequente falta de sucesso na vida

O quanto você considera que já fracassou na vida?

Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
1	2	3	4	5

**2.12. Ideação suicida**

Com que frequência você pensa em cometer suicídio?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

**2.13. Rejeita feedback positivo**

O quanto você aceita elogios em sua vida?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

**2.14. Ruminação**

Você costuma pensar a toda hora sobre os seus problemas?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

**2.15. Insônia**

Você tem alguma dificuldade para dormir?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

**2.16. Solidão**

Quanto sozinho (a) você se sente em sua vida?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

**2.17. Vergonha**

Com que frequência você se sente inibido (a) ou envergonhado (a)?

Nada 1	Muito pouco 2	Mais ou menos 3	Bastante 4	Extremamente 5
-----------	------------------	--------------------	---------------	-------------------

**2.18. Contato visual insatisfatório**

Desvia o olhar ( )

Volta a cabeça ou olhar quando é chamado ( )

Expressar olhar vazio e sem vida ( )

Segue os estímulos com os olhos de maneira intermitente ( )

Fixa olhar em objetos de forma periférica e dá a sensação de que não olha ( )

Contato visual satisfatório ( )

**OUTRAS OBSERVAÇÕES:**

## APÊNDICE C

### DEFINIÇÕES CONCEITUAIS E OPERACIONAIS DOS INDICADORES CLÍNICOS DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM BAIXA AUTOESTIMA CRÔNICA E BAIXA AUTOESTIMA SITUACIONAL

#### 1. BUSCA EXCESSIVAMENTE REAFIRMAR-SE

**Definição conceitual:** Busca excessiva do indivíduo em confirmar a veracidade de uma afirmação. Certificação das declarações repetidamente e de maneira enfática (MICHAELIS, 2016).

#### 2. COMPORTAMENTO NÃO ASSERTIVO

**Definição conceitual:** Não-assertividade ocorre quando a pessoa não expressa seus sentimentos ou seus pensamentos ao interlocutor, emitindo muitas vezes comportamentos contra a própria vontade, ou deixando de defender-se por medo de prejudicar sua relação futura com o interlocutor (BOLSONI-SILVA; MARTURANO, 2010, MARCHEZINI-CUNHA; TOURINHO, 2010 e AVELAR; TEIXEIRA, 2014).

#### 3. COMPORTAMENTO INDECISO E HESITA EM TENTAR NOVAS EXPERIÊNCIAS

**Definição conceitual:** Comportamento que gera indeterminação, imprecisão, hesitação e insegurança no indivíduo, tornando-o incapaz de tomar uma resolução. Qualidade de quem é mal resolvido ou mal definido (MICHAELIS, 2016).

#### 4. CULPA

**Definição conceitual:** Estado emocional associado a autorreprovação e necessidade de punição (SADOCK; SADOCK, 2012). Mal-estar que surge em razão da falta de orientação do sujeito para seu agir no mundo (GASPAR, 2007).

#### 5. VERGONHA

**Definição conceitual:** Falha em corresponder às próprias expectativas; frequentemente é associada a fantasia de como o indivíduo será visto por terceiros. Forma de culpa menos internalizada que está mais relacionada a terceiros do que ao *self* (SADOCK; SADOCK, 2012).

## **6. CONTATO VISUAL INSATISFATÓRIO**

**Definição conceitual:** A falta de contato visual pode variar desde um olhar estranho até a constante esquiva dos estímulos visuais. O paciente é capaz de desviar o olhar, não olhando nos olhos; voltar a cabeça ou olhar quando é chamado; expressar olhar vazio e sem vida; seguir os estímulos com os olhos de maneira intermitente; fixar olhar em objetos de forma periférica e dá a sensação de que não olha (JÚNIOR, 2002).

## **7. DEMASIADAMENTE CONFORMADO**

**Definição conceitual:** Controle de impulsos e ações que podem prejudicar os outros e violar normas ou expectativas sociais de forma exagerada. A conformidade dá ênfase à auto-restrição na interação cotidiana, designadamente com aqueles que são mais próximos, demonstrado comportamento de obediência, disciplina, polidez e respeito (MAGALHÃES, 2013).

## **8. DEPENDENTE DAS OPINIÕES DOS OUTROS**

**Definição conceitual:** Necessidade íntima do indivíduo de impor-se à aceitação ou aprovação dos outros no ambiente social, inclusive através de redes sociais virtuais (MICHAELIS, 2016).

### **8.1 BUSCA AUTOAFIRMAÇÃO VIRTUAL**

**Definição conceitual:** Necessidade íntima do indivíduo de impor-se à aceitação ou aprovação dos outros no ambiente social, inclusive através de redes sociais virtuais (MICHAELIS, 2016).

## **9. DESESPERANÇA**

**Definição conceitual:** Estado subjetivo no qual um indivíduo vê alternativas limitadas ou não vê alternativas ou escolhas pessoais disponíveis e é incapaz de mobilizar energias a seu favor (HERDMAN, 2015).

## **10. EXAGERA NO FEEDBACK NEGATIVO SOBRE SI MESMO E VERBALIZAÇÕES AUTONEGATIVAS**

**Definição conceitual:** O indivíduo apoia de forma exagera as críticas negativas a respeito de si, podendo expressá-las verbalmente (HAYDU; CASTRO, 2013).

### **11. FREQUENTE FALTA DE SUCESSO NOS EVENTOS DA VIDA**

**Definição conceitual:** Frequentemente não consegue atingir os seus objetivos; quem não tem êxito; malsucedido (MICHAELIS, 2016).

### **12. REJEITA FEEDBACK POSITIVO**

**Definição conceitual:** Despreza críticas construtivas e / ou elogios (SOUZA; HAYDU, 2009).

### **13. SENTIMENTO DE INUTILIDADE E DESAFIO SITUACIONAL AO PRÓPRIO VALOR**

**Definição conceitual:** Avaliação negativa não realista do próprio valor, interpretação de acontecimentos cotidianos neutros ou triviais como prova de defeitos pessoais (APA, 2000).

### **14. SUBESTIMA A CAPACIDADE DE LIDAR COM A SITUAÇÃO E ENFRENTAMENTO INEFICAZ**

**Definição conceitual:** Incapacidade de realizar uma avaliação válida dos estressores levando a escolhas inadequadas de respostas praticadas e / ou à incapacidade de utilizar os recursos disponíveis (HERDMAN, 2015).

### **15. IDEAÇÃO SUICIDA**

**Definição conceitual:** A ideação suicida é definida como um pensamento ou ato de subtrair a própria vida. Normalmente está associada aos transtornos depressivos, e não apresenta faixa etária exclusiva. Ela não é um fenômeno estático, logo, a decisão de se engajar em comportamentos suicidas pode surgir de forma impulsiva, sem maiores considerações a respeito da ideia, mas também pode ser o ápice de uma ruminação prolongada (SADOCK; SADOCK, 2012).

### **16. RUMINAÇÃO**

**Definição conceitual:** Pensamento perseverante sobre sentimentos e problemas (KUSTER; ORTH E MEIER, 2012).

## 17. INSÔNIA

**Definição conceitual:** Incapacidade de dormir ou de manter o sono a noite toda ou nos períodos de sono planejados (CIPE, 2010).

## 18. SOLIDÃO

**Definição conceitual:** Sentimento de falta de pertencimento, isolamento emocional, sentimento de ser excluído, sentimento de melancolia e tristeza associada a falta de companhia (CIPE, 2010).

### **DEFINIÇÃO OPERACIONAL:**

As características definidoras serão avaliadas pela aplicação de um questionário previamente preparado para sua identificação. Cada indicador clínico será investigado de acordo com o item assinalado como resposta pelo paciente e, em seguida, será classificado como presente ou ausente.

- Para as questões 2.1, 2.2, 2.4, 2.7, 2.9, 2.11, 2.14, 2.15, 2.16 e 2.17, os indicadores clínicos serão considerados presente para as respostas “Bastante” ou “Extremamente”.
- Na questão 2.7.1, o indicador clínico será considerado presente para as respostas “Mais ou menos”, “Bastante” ou “Extremamente”, seguida das respostas “Bastante” ou “Extremamente” para as questões 2.7.1.1 ou 2.7.1.2, e das respostas “Ansioso”, “Triste” ou “Irritado” para a questão 2.7.1.3.
- Para as questões 2.3, 2.5, 2.6, 2.8, 2.10 e 2.13, os indicadores clínicos serão considerados presentes para as respostas “Nada” ou “Muito pouco”.
- Na questão 2.12, o indicador só será considerado ausente para resposta “Nada”.
- A questão 2.18 será observada pelo entrevistador e só será considerada ausente quando o item “Contato visual satisfatório” for assinalado.

## APÊNDICE D

### TERMO DE CONSENTIMENTO (Paciente)

Prezado paciente,

Eu, Natália Barreto de Castro, enfermeira e aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará, sob orientação do Professor Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes, estou realizando uma pesquisa sobre Autoestima e gostaria de solicitar a sua participação.

A avaliação inclui uma breve conversa sobre seu estado de saúde, com duração em média de 30 minutos. Peço a sua autorização para consultar o seu prontuário e obter informações sobre o seu tratamento.

Ressalto que essa pesquisa poderá trazer riscos mínimos a você, já que esse estudo pode lhe causar desconforto ou constrangimento ao ser entrevistado.

As informações serão colhidas por mim ou por outros enfermeiros, que estarão devidamente capacitados para aplicar a pesquisa.

Gostaria de ainda informá-lo que:

- A sua participação é voluntária e não trará nenhum malefício para você.
- Você terá o direito e a liberdade de negar-se a participar da pesquisa ou dela retirar-se quando assim desejar, sem que isto traga prejuízo moral, físico ou social, bem como à continuidade da assistência.
- As informações obtidas serão analisadas em conjunto com os outros participantes, não sendo divulgado a sua identidade (seu nome), bem como qualquer informação que possa identificá-lo.
- Você tem o direito de ser mantido atualizado acerca das informações relacionadas à pesquisa.
- Você não terá nenhuma despesa pessoal ao participar da pesquisa, também não haverá compensação financeira decorrente de sua participação.

- Comprometo-me em utilizar os dados coletados unicamente para fins acadêmicos, a fim de atender os objetivos da pesquisa.
- Caso precise entrar em contato para o esclarecimento de eventuais dúvidas, você terá acesso em qualquer momento da pesquisa.

- Abaixo seguem todos os contatos que você poderá utilizar, se necessário:

Enfermeira: Natália Barreto de Castro.

Endereço: Rua Des. José Gil de Carvalho, 15 – Cambéa.

Email: [nataliabarretodecastro@hotmail.com](mailto:nataliabarretodecastro@hotmail.com)

Orientador: Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes.

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115 – Rodolfo Teófilo.

Email: [marcos@ufc.br](mailto:marcos@ufc.br)

Comitê de Ética em Pesquisa / Universidade Federal do Ceará

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, Fortaleza – CE.

Telefone: (85) 3366.8344.

E-mail: [comepe@ufc.br](mailto:comepe@ufc.br)

**ATENÇÃO:** Se o senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ: Rua Coronel Nunes de Melo, 1.000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Se você se sente suficientemente informado a respeito das informações que leu ou que foram lidas sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade, a ausência de remuneração na participação, a voluntariedade e os esclarecimentos permanentes da pesquisa, solicitamos que assine no espaço abaixo, caso concorde em participar.

Este termo será realizado em duas vias, permanecendo uma com você e outra com a pesquisadora.

Gostaria de contar com sua valorosa contribuição no desenvolvimento deste estudo, pelo que, desde já, muito lhe agradeço.

---

### **TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que, após ter sido esclarecido (a) e ter entendido tudo que me foi explicado, concordo em participar deste trabalho.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do acompanhante

---

Assinatura do responsável pela coleta de dados

---

Assinatura do pesquisador

Impressão digital (para quem não consegue assinar o nome)



## APÊNDICE E

### TERMO DE CONSENTIMENTO (Acompanhante)

Prezado acompanhante,

Eu, Natália Barreto de Castro, enfermeira e aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Ceará, sob orientação do Professor Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes, estou realizando uma pesquisa sobre Autoestima e gostaria de solicitar a participação do paciente que você está acompanhando.

A avaliação inclui uma breve conversa sobre o estado de saúde do paciente, com duração em média de 30 minutos. Peço a sua autorização para consultar o prontuário e obter informações sobre o tratamento dele.

Ressalto que essa pesquisa poderá trazer riscos mínimos ao paciente, já que esse estudo pode lhe causar desconforto ou constrangimento ao ser entrevistado.

As informações serão colhidas por mim ou por outros enfermeiros, que estarão devidamente capacitados para aplicar a pesquisa.

Gostaria de ainda informá-lo que:

- A participação é voluntária e não trará nenhum malefício para o paciente.
- Você ou paciente terão o direito e a liberdade de negar-se a participar da pesquisa ou dela retirar-se quando assim desejar, sem que isto traga prejuízo moral, físico ou social, bem como à continuidade da assistência.
- As informações obtidas serão analisadas em conjunto com os outros participantes, não sendo divulgado a sua identidade (seu nome), bem como qualquer informação que possa identificar você ou paciente.
- Você tem o direito de ser mantido atualizado acerca das informações relacionadas à pesquisa.
- Você não terá nenhuma despesa pessoal ao permitir que o paciente participe da pesquisa.

- Não haverá compensação financeira para você ou para o paciente, em decorrência da participação na pesquisa.
- Comprometo-me em utilizar os dados coletados unicamente para fins acadêmicos, a fim de atender os objetivos da pesquisa.
- Caso precise entrar em contato comigo, para o esclarecimento de eventuais dúvidas, você terá acesso em qualquer momento da pesquisa.

- Abaixo seguem todos os contatos que você poderá utilizar, se necessário:

Enfermeira: Natália Barreto de Castro.

Endereço: Rua Des. José Gil de Carvalho, 15 – Cambéba.

Email: [nataliabarretodecastro@hotmail.com](mailto:nataliabarretodecastro@hotmail.com)

Orientador: Dr. Marcos Venícios de Oliveira Lopes.

Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará.

Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115 – Rodolfo Teófilo.

Email: [marcos@ufc.br](mailto:marcos@ufc.br)

Comitê de Ética em Pesquisa / Universidade Federal do Ceará.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, Fortaleza – CE.

Telefone: (85) 3366.8344.

E-mail: [comepe@ufc.br](mailto:comepe@ufc.br)

**ATENÇÃO:** Se o senhor (a) tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ: Rua Coronel Nunes de Melo, 1.000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344/46. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira). O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

Se você se sente suficientemente informado a respeito das informações que leu ou que foram lidas sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade, a ausência de remuneração na participação, a voluntariedade e os esclarecimentos permanentes da pesquisa, solicitamos que assine no espaço abaixo, caso concorde em participar.

Este termo será realizado em duas vias, permanecendo uma com você e outra com a pesquisadora.

Gostaria de contar com sua valorosa contribuição no desenvolvimento deste estudo, pelo que, desde já, muito lhe agradeço.

---

### **TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO**

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que, após ter sido esclarecido (a) e ter entendido tudo que me foi explicado, concordo em participar deste trabalho.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do acompanhante

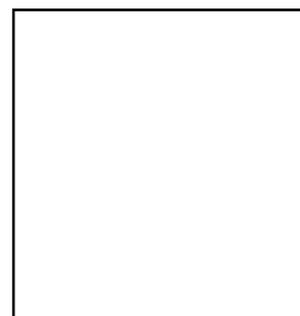
---

Assinatura do responsável pela coleta de dados

---

Assinatura do pesquisador

Impressão digital (para quem não consegue assinar o nome)



# **ANEXOS**

ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do  
Ceará

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ACURÁCIA DOS INDICADORES CLÍNICOS DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM BAIXA AUTOESTIMA CRÔNICA E BAIXA AUTOESTIMA SITUACIONAL EM ADULTOS COM HUMOR DEPRESSIVO.

**Pesquisador:** Natália Barreto de Castro

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 61119416.7.0000.5054

**Instituição Proponente:** Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.784.331

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo de acurácia diagnóstica, com delineamento transversal, dos indicadores clínicos dos diagnósticos de enfermagem Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional em adultos com humor depressivo. A pesquisa será realizada em um hospital de referência no atendimento em Psiquiatria no Estado do Ceará (Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto/ Messejana). A população do estudo será composta por adultos com humor depressivo acompanhados durante internação, período de observação, espera de vagas para internação, atendimento ambulatorial e permanência no hospital dia da referida instituição psiquiátrica.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:** Analisar as medidas de acurácia dos indicadores clínicos dos diagnósticos de enfermagem Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional em adultos com humor depressivo.

**Objetivo Secundário:**

- Identificar a prevalência dos diagnósticos de enfermagem Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional em adultos com humor depressivo.

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**CEP:** 60.430-275

**E-mail:** comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 1.784.331

- Identificar a frequência dos indicadores clínicos dos diagnósticos Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional em adultos com humor depressivo.
- Determinar a sensibilidade e a especificidade dos indicadores clínicos dos diagnósticos de enfermagem Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional em adultos com humor depressivo.
- Verificar a influência das variáveis sexo, idade e tempo de tratamento sobre as medidas de acurácia dos indicadores clínicos dos diagnósticos de enfermagem Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional em adultos com humor depressivo.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:** Para a autora, a pesquisa poderá trazer riscos mínimos ao paciente, já que esse estudo pode lhe causar desconforto psicológico ou constrangimento ao ser entrevistado.

**Benefícios:** Para a pesquisadora o estudo pode fornecer subsídios para facilitar o processo de raciocínio diagnóstico do enfermeiro na inferência de Baixa autoestima crônica e Baixa autoestima situacional, contribuindo para melhorar a prática de enfermagem.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

É um estudo pertinente considerando a assistência de enfermagem às pessoas com humor depressivo.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória foram anexados.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Aprovado.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_808611.pdf	18/10/2016 14:36:24		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETODEPESQUISA_NataliaBarreto deCastro.pdf	18/10/2016 14:29:09	Natália Barreto de Castro	Aceito

**Endereço:** Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

**Bairro:** Rodolfo Teófilo

**CEP:** 60.430-275

**UF:** CE **Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3366-8344

**E-mail:** comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO  
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.784.331

Investigador	PROJETODEPESQUISA_NataliaBarreto deCastro.pdf	18/10/2016 14:29:09	Natália Barreto de Castro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	18/10/2016 14:28:42	Natália Barreto de Castro	Aceito
Outros	DIARIO_OFICIAL.pdf	18/10/2016 00:21:37	Natália Barreto de Castro	Aceito
Outros	TERMO_FIEL_DEPOSITARIO.pdf	18/10/2016 00:20:06	Natália Barreto de Castro	Aceito
Outros	TERMO_DE_CIENCIA_E_CONCORDANCIA_HSM.pdf	18/10/2016 00:18:46	Natália Barreto de Castro	Aceito
Outros	ANALISE_DE_VIABILIDADE_HSM.pdf	18/10/2016 00:17:36	Natália Barreto de Castro	Aceito
Outros	CURRICULO_NataliaBarretodeCastro.pdf	18/10/2016 00:15:50	Natália Barreto de Castro	Aceito
Outros	CARTA_DE_ENCAMINHAMENTO_AO_COMITE.pdf	18/10/2016 00:13:07	Natália Barreto de Castro	Aceito
Outros	DECLARACAODECONCORDANCIA_ORIENTADOR.pdf	18/10/2016 00:11:55	Natália Barreto de Castro	Aceito
Outros	DECLARACAODECONCORDANCIA_PESQUISADORA_E_ORIENTADOR.pdf	18/10/2016 00:09:52	Natália Barreto de Castro	Aceito
Outros	DECLARACAODECONCORDANCIA_PARTICIPANTES.pdf	18/10/2016 00:06:38	Natália Barreto de Castro	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	18/10/2016 00:02:37	Natália Barreto de Castro	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	18/10/2016 00:00:18	Natália Barreto de Castro	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	16/10/2016 16:49:34	Natália Barreto de Castro	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

FORTALEZA, 20 de Outubro de 2016

Assinado por:  
**FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA**  
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

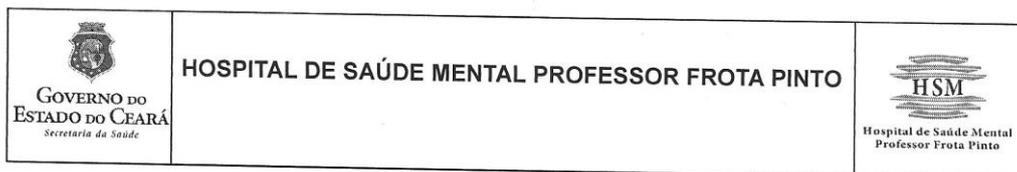
Telefone: (85)3366-8344

CEP: 60.430-275

Município: FORTALEZA

E-mail: comepe@ufc.br

**ANEXO B – Termo de ciência e concordância em Pesquisa da Instituição  
Coparticipante**



**TERMO DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA (PESQUISA Nº 14/2016)**

Declaro conhecer o Protocolo de Pesquisa intitulado “**ACURÁCIA DOS INDICADORES CLÍNICOS DOS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM BAIXA AUTOESTIMA CRÔNICA E BAIXA AUTOESTIMA SITUACIONAL EM ADULTOS COM HUMOR DEPRESSIVO**”, a ser desenvolvido por **NATÁLIA BARRETO DE CASTRO**, aluna do curso de mestrado em enfermagem do programa de pós-graduação em enfermagem da Universidade Federal do Ceará - UFC, sob a orientação do **Prof. Marcos Venícios de Oliveira Lopes**, estando ciente dos seus objetivos e metodologia e de que o pesquisador não irá interferir no fluxo normal do serviço. **Autorizo a realização desse estudo no Hospital de Saúde Mental Professor Frota Pinto – HSM**, mediante o cumprimento dos termos da **Resolução 466/12** do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde. O início da coleta de informações/dados do estudo está condicionado à aprovação de Comitê de Ética em Pesquisa, com a entrega de documento comprobatório no Centro de Estudos, Aperfeiçoamento e Pesquisa do HSM, quando necessário, e ao compromisso de apresentar os resultados finais da pesquisa, a fim de viabilizar a sua divulgação.

Fortaleza, 17 de outubro de 2016.

  
**Dra. Magaly Ferreira Mendes – Diretora Geral/HSM  
Respondendo**