



Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Josiana Araujo de Oliveira

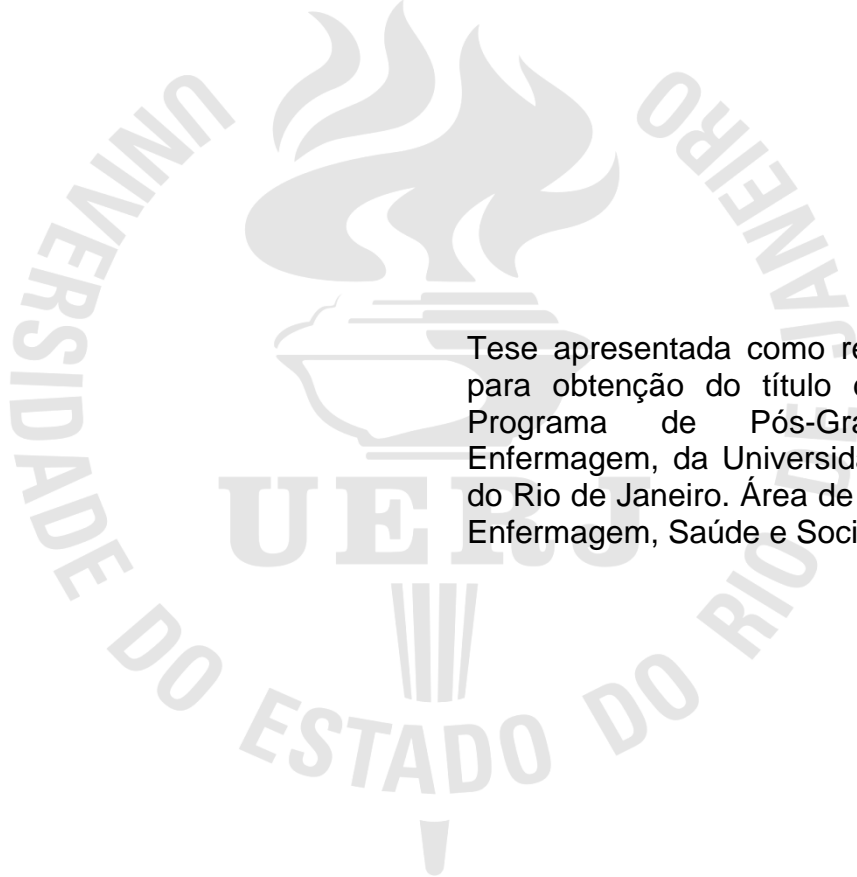
**Resiliência no tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca:
construção e validação do instrumento RES-IC 15**

Rio de Janeiro

2023

Josiana Araujo de Oliveira

**Resiliência no tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca: construção
e validação do instrumento RES-IC 15**



Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Denilson Campos de Albuquerque

Rio de Janeiro

2023

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

O48 Oliveira, Josiana Araujo de.
Resiliência no tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca: construção e validação do instrumento RES-IC15 / Josiana Araujo de Oliveira. - 2023.
112 f.

Orientador: Denilson Campos de Albuquerque.
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Resiliência psicológica. 2. Insuficiência cardíaca. 3. Inquéritos e questionários. 4. Psicometria. I. Albuquerque, Denilson Campos de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. III. Título.

CDU
614.253.5

Kárin Paz CRB-7 6287

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

Assinatura

Data

Josiana Araujo de Oliveira

Resiliência no tratamento de pacientes com insuficiência cardíaca: construção e validação do instrumento RES-IC 15

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de Concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em, 25 de outubro de 2023.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Denilson Campos de Albuquerque (Orientador)
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Prof.^a Dra. Tereza Cristina Felipe Guimarães
Instituto Nacional de Cardiologia

Prof.^a Dra. Flavia Giron Camerini
Faculdade de Enfermagem - UERJ

Prof. Dra. Lilian Moreira do Prado
Instituto Nacional de Cardiologia

Prof.^a Dr. Ricardo Mourilhe Rocha
Faculdade de Ciências Médicas - UERJ

Rio de Janeiro

2023

AGRADECIMENTOS

Primeiramente gostaria de registrar minha gratidão à DEUS, meu Mestre e Pai, com quem converso diariamente e me ajuda a ultrapassar barreiras inimagináveis. Se sou forte é porque esta força que me inunda e me faz levantar todos os dias na esperança de contribuir de alguma forma neste mundo, vem DELE.

Em segundo lugar, agradeço ao meu esposo pelo incansável apoio em todos os desafios que aceito enfrentar, certamente ele é o meu maior incentivador e sempre diz que posso ir além (e não é que na maioria das vezes ele tem razão!). À você meu amor, toda minha admiração, cumplicidade e paixão. Agradeço também a minha enteada, que pousou na minha vida de forma inesperada e avassaladora. Obrigada por me dar a oportunidade de sentir um amor diferente de todos que já senti: intenso, desafiador e incondicional.

À minha mãe e irmã pelo zelo, amor e preocupações, elas são as mulheres da minha vida, sempre seremos uma família! Me perdoem pelas ausências, espero que compreendam a minha ousadia de ir além. Acreditei que era possível mudar nossa realidade e fui em busca dessa máxima em minha vida.

Agradeço aos mestres que passaram em minha vida e contribuíram para a pessoa e profissional que me tornei, especialmente ao meu orientador professor Dr. Denilson Campos de Albuquerque a quem devo meu respeito, reconhecimento e gratidão. Obrigada por se preocupar comigo e não apenas com a doutoranda de Enfermagem, o senhor deixa marcas afetuosas em minha trajetória.

Não poderia deixar de agradecer a banca avaliadora pelas contribuições valiosas para construção e finalização da minha Tese, houve mais trocas de conhecimentos e crescimento, não estavam ali para apontar falhas e sim delinear com mais riqueza a minha trajetória acadêmica. E ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf/UERJ) pelo acolhimento, respeito, compreensão e por ser um agente facilitador neste processo tão importante da minha formação acadêmica desde o Mestrado. Aos amigos, familiares e todos aqueles que direta ou indiretamente somaram na construção desta Tese, deixo a minha imensa gratidão.

Quem não sabe o que busca, não identifica o que acha.

Immanuel Kant

RESUMO

OLIVEIRA, J. A. **Resiliência no tratamento de pacientes com Insuficiência**

Cardíaca: construção e validação do instrumento RES-IC 15. 2023. 112 f. Tese

(Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Introdução: A Insuficiência Cardíaca é uma doença crônica e devastadora, que demanda cuidados multiprofissionais para o sucesso terapêutico e redução das internações hospitalares e os anos de vida perdidos em decorrência das complicações e impacto da doença nas atividades da vida diária. A resiliência é um constructo psicológico que pode contribuir para comportamentos positivos em saúde e melhores desfechos. Instrumentos genéricos de mensuração da resiliência têm sido empregados para a avaliação deste constructo no seguimento de pacientes com insuficiência cardíaca. **Objetivos:** Propor a construção de um instrumento de medida da resiliência específico à indivíduos com insuficiência cardíaca crônica; elaborar uma revisão bibliográfica do tipo *Scoping Review* com os principais instrumentos utilizados nas pesquisas de mensuração da resiliência em pacientes com doenças cardiovasculares crônicas; analisar as evidências de validade de conteúdo do instrumento de resiliência específico para pacientes com insuficiência cardíaca crônica. **Método:** Trata-se de um estudo psicométrico a partir na metodologia de Pasquali, estruturado em três grandes polos: teórico, empírico e analítico. Para avaliação das respostas dos especialistas, cuja amostra foi obtida por conveniência, foi utilizada a Técnica Delphi em duas rodadas pela ferramenta *Google Docs* com opções de resposta tipo *Likert* de cinco pontos. A análise estatística foi apresentada em frequência e percentual, foi avaliado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) individual e do instrumento, a Razão de validade de conteúdo (RVC) e alfa de *Cronbach*. **Resultados:** Participaram na avaliação do instrumento 16 profissionais de saúde na primeira rodada e 13 na segunda rodada, incluindo médicos, enfermeiros e psicólogos de todas as regiões do país. Na primeira rodada o IVC total foi de 0,96, Alfa de Cronbach de 0,82, mas não foi atingida a razão de validade de conteúdo (RVC=0,37) em todos os critérios dos 15 itens. Três itens, onde não houve um consenso entre os especialistas na sua elaboração, foram reavaliados a segunda rodada, obtendo uma RVC que variou de 0,69 a 1,00. **Conclusão:** O instrumento de mensuração da resiliência nomeado RES-IC 15, específico para pacientes com insuficiência cardíaca crônica, apresentou evidências de validade, entretanto, faz-se necessário a aplicabilidade deste instrumento à população a que se destina para sua reprodutibilidade.

Palavras-chave: Resiliência. Insuficiência cardíaca. Escalas de avaliação.

Construção e validação de instrumento de medida.

ABSTRACT

OLIVEIRA, J. A. **Resilience in the treatment of patients with heart failure:** construction and validation of the RES-IC 15 instrument. 112 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2023.

Introduction: Heart failure is a chronic and devastating disease that requires multi-professional care for therapeutic success and a reduction in hospital admissions and years of life lost due to complications and the impact of the disease on activities of daily living. Resilience is a psychological construct that can contribute to positive health behaviors and better outcomes. Generic instruments for measuring resilience have been used to assess this construct in the follow-up of patients with heart failure. **Objectives:** To propose the construction of an instrument to measure resilience specifically for individuals with chronic heart failure; to carry out a Scoping Review of the main instruments used in research to measure resilience in patients with chronic cardiovascular diseases; to analyze the evidence of content validity of the resilience instrument specifically for patients with chronic heart failure. **Method:** This is a psychometric study based on Pasquali's methodology, structured around three main poles: theoretical, empirical and analytical. The Delphi technique was used to evaluate the responses of the experts, whose sample was obtained by convenience, in two rounds using the Google Docs tool with five-point Likert-type response options. The statistical analysis was presented in terms of frequency and percentage, and the individual and instrument Content Validity Index (CVI), Content Validity Ratio (CVR) and Cronbach's alpha were evaluated. **Results:** 16 health professionals took part in the evaluation of the instrument in the first round and 13 in the second round, including doctors, nurses and psychologists from all regions of the country. In the first round, the total CVI was 0.96, Cronbach's alpha was 0.82, but the content validity ratio (CVR=0.37) was not reached for all the criteria of the 15 items. Three items, where there was no consensus among the experts in their preparation, were re-evaluated in the second round, obtaining a CVR ranging from 0.69 to 1.00. **Conclusion:** The resilience measurement instrument named RES-IC 15, specific for patients with chronic heart failure, showed evidence of validity, however, it is necessary to apply this instrument to the population for which it is intended for its reproducibility.

Keywords: Resilience. Heart failure. Assessment scales. Construction and validation of a measuring instrument.

LISTAS DE FIGURAS

Figura - 1	Organograma para elaboração de medida psicológica.....	39
Figura - 2	Protocolo da construção e evidências de validade do instrumento específico para pacientes com insuficiência cardíaca crônica.....	44
Figura - 3	RES-IC 15 (Instrumento-piloto).....	49
Figura - 4	Versão final do RES-IC 15.....	72
Figura - 5	Esquema para Aplicabilidade do RES-IC 15.....	73

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Interpretação das respostas da primeira versão do RES-IC 15.....	43
Quadro 2 -	Atividades e consenso dos especialistas na construção do instrumento.....	46
Quadro 3 -	Termos, conceitos e itens relacionados aos domínios.....	47
Quadro 4 -	Item original, sugestões da primeira rodada e consenso da segunda rodada	69

LISTA DE TABELAS

Tabela - 1	Caracterização dos 16 especialistas na primeira rodada.....	55
Tabela - 2	Distribuição dos itens classificados segundo a escala <i>Likert</i> de cinco pontos conforme concordância entre os 16 especialistas que participaram da primeira rodada.....	59
Tabela - 3	Cálculo da Razão de Validade de Conteúdo da primeira rodada.....	62
Tabela - 4	Análise descritiva de cada subitem explorado pelo índice de <i>Alpha de Cronbach</i>	66
Tabela - 5	Cálculo da Razão de Validade de Conteúdo da segunda rodada.....	71

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DCV	Doenças Cardiovasculares
GBD	<i>Global Burden of Disease</i>
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IC	Insuficiência Cardíaca
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
I- IVC	Índice de Validade de Conteúdo Individual
OBJN	<i>Online Brazilian Journal of Nursing</i>
PPC	População, conceito e contexto
RES-IC 15	Resiliência em Pacientes com IC-15 itens
RVC	Razão de Validade de Conteúdo
S-IVC	Índice de Validade de Conteúdo Total
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
YLDs	<i>Years Lived with Disability</i>

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO.....	13
1	SITUAÇÃO ESTUDADA.....	17
1.1	Relevância.....	17
1.2	Justificativa.....	18
1.3	Objeto de Estudo.....	18
1.4	Objetivo Geral.....	18
1.5	Objetivos Específicos.....	19
2	REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL.....	20
2.1	Conceitos e características da Resiliência.....	20
2.2	Doenças Cardiovasculares e Resiliência.....	23
2.3	Insuficiência Cardíaca Crônica – Resiliência como fator protetivo para autocuidado e qualidade de vida.....	25
2.4	Escalas de avaliação da resiliência.....	28
3	REFERENCIAL METODOLÓGICO.....	32
3.1	Elaboração e validação de instrumentos de medida.....	32
3.2	Elaboração e validação de instrumentos de medida segundo Pasquali.....	35
3.3	Técnica Delphi.....	39
4	MÉTODO.....	41
4.1	Tipo de estudo.....	41
4.2	Aspectos Éticos.....	41
4.3	Delineamento do estudo.....	41
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	45

5.1	Resultados e discussão sobre a construção do instrumento.....	45
5.2	Resultados e discussão sobre a validade e confiabilidade do RES-IC 15.....	54
	CONCLUSÃO.....	75
	REFERÊNCIAS.....	76
	APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	86
	APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados gerado pelo <i>Google Docs</i>.....	88
	ANEXO A – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do HUPE.....	97
	ANEXO B - Artigo publicado na <i>Online Brazilian Journal of Nursing (OBJN)</i>.....	101

INTRODUÇÃO

Segundo a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda (2018), a Insuficiência Cardíaca (IC) é definida como uma síndrome na qual o coração é incapaz de bombear sangue, de forma a atender às necessidades metabólicas tissulares, ou pode fazê-lo somente com elevadas pressões de enchimento. A IC é uma doença crônica, via final da maioria das Doenças Cardiovasculares (DCV) com frequente potencial de exacerbação dos sinais e sintomas e descompensação orgânica, motivo de altos custos hospitalares no sistema público e privado de saúde. As DCV são a principal causa de mortalidade no mundo e a IC é a principal causa de internação hospitalar por DCV no Brasil (OPAS, 2017).

Em 2018, das 1.151.050 internações por doenças do aparelho circulatório, aproximadamente 18% foram devido a IC (DATASUS, 2018). No entanto, o documento Estatística Cardiovascular Brasil (2020) aponta que o *Global Burden of Disease* (GBD), estudo abrangente epidemiológico mundial, considera que as mortes atribuídas a IC devem ser reclassificadas ou redistribuídas para outras causas, devido a doença não ser considerada causa básica de morte, mas sim, como um “comprometimento”, cujos indicadores são a prevalência e os anos vividos com incapacidade (do inglês, *Years Lived with Disability - YLDs*).

Entre os anos de 2008 e 2018, foram pagos 2.862.739 procedimentos pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com aumento da prevalência de IC e importante alta de 0,67 milhão em 1990 para quase 1,7 milhão em 2017, principalmente relacionado ao crescimento e envelhecimento populacional (OLIVEIRA et al, 2020). De acordo com a Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda (2018), a IC é apontada como um importante problema de saúde pública e considerada como uma nova epidemia com elevada mortalidade e morbidade.

O termo “insuficiência cardíaca crônica” reflete a natureza progressiva e persistente da doença, enquanto o termo “insuficiência cardíaca aguda” está relacionado às alterações agudas ou graduais de sinais e sintomas, resultado de atendimento médico urgente. O monitoramento dos sinais de descompensação dos sintomas torna-se crucial na prevenção de hospitalizações, mortalidade e na busca pela qualidade de vida do paciente com IC crônica. De forma geral, indivíduos com

DCV crônica estão expostos a desconfortos físicos, psicológicos e sociais relacionados ao tratamento, que podem influenciar na capacidade de adaptação a um novo estilo de vida, uma vez que há a necessidade de controle contínuo e, geralmente, para o resto da vida (CARVALHO et al, 2016; PINTO, 2019).

As condições crônicas de saúde são caracterizadas pela sua permanência, irreversibilidade, incapacidade residual, incurabilidade, aspectos degenerativos e de longa duração. Comumente, as doenças crônicas geram uma crise e desestrutura a vida do paciente e da família. Todos precisam se reorganizar e se adaptar à nova realidade, muitas vezes com restrições as atividades diárias, uso de vários medicamentos, adaptação a sintomas desconfortantes, etc. O impacto de se conviver com uma doença crônica engloba âmbitos como o físico, emocional, econômico e social e, muitas vezes, novos papéis precisam ser assumidos, principalmente quando a gravidade e o impacto da doença causam grande sofrimento, exigindo do indivíduo a busca da ressignificação da vida (GRILLO, 2016; PINTO, 2019).

As clínicas de IC são unidades onde pacientes com a doença são acompanhados por uma equipe interdisciplinar, composta por médico, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, entre outros profissionais. O objetivo deste acompanhamento é prevenir quadros descompensatórios, identificando fatores cruciais para o sucesso terapêutico, ou seja, fatores que podem influenciar positivamente (fatores de proteção) ou negativamente (fatores de risco) nos comportamentos de autocuidado (GRILLO, 2016).

Os comportamentos de autocuidado são atividades práticas no cotidiano dos pacientes, para prevenção de quadros de descompensação da IC, que objetiva a adesão ao tratamento. As atividades práticas de autocuidado englobam a vigilância de sinais de descompensação da doença, adesão ao tratamento farmacológico, adesão ao tratamento não farmacológico como restrição à ingesta hídrica e salina, monitorização do peso corporal, cessação do tabagismo, consumo limitado de bebidas alcoólicas, hábitos nutricionais adequados e prática de exercício físico regular, quando indicado (DIRETRIZ BRASILEIRA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA E AGUDA, 2018; GRILLO, 2016; SOUZA et al, 2019).

A adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico da IC, tangível a partir de comportamentos de autocuidado, engloba vários benefícios: evita quadros de descompensação, diminui hospitalizações subsequentes, reduz mortalidade,

melhora a qualidade de vida e reduz custos hospitalares. O consentimento positivo ao cuidado pode ser influenciado por fatores psicológicos como depressão e ansiedade, sendo exemplos de fatores de risco. Mas também pode ser influenciado por fatores de proteção como a resiliência, podendo ser identificado e considerado pela equipe interdisciplinar (ALVAREZ et al, 2016; DIRETRIZ BRASILEIRA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA E AGUDA, 2018).

Para a psicologia, a resiliência é um conjunto de forças psicológicas e biológicas exigidas para atravessar os obstáculos com sucesso, em um processo contínuo e dinâmico de aprendizado e desaprendizado, superando as dificuldades com a resignificação e a construção de novas possibilidades diante da adversidade. Portanto, a resiliência é um constructo de caráter cognitivo de grande valor para o estabelecimento de comportamentos de autocuidado e a consequente adesão ao tratamento (FLACH, 1991; GRILLO, 2016).

A resiliência não é, portanto, um escudo protetor que alguns indivíduos possuem, mas uma flexibilidade interna que lhes torna possível interagir com êxito, modificando-se de uma forma adaptativa em face aos confrontos adversos com o meio externo. A resiliência não é uma forma de defesa, mas uma forma de manejo das circunstâncias adversas, internas e externas, presentes ao longo de todo o ciclo de desenvolvimento humano (GRILLO, 2008).

Apesar da resiliência ser um constructo com muitas definições, de origens e ênfases diferentes, há um consenso em torno do termo, porque o mesmo está ligado ao movimento ativo, dinâmico, na busca por romper a cadeia de repetições imobilizadoras instaurada por adversidades e danos sofridos (GRILLO, 2016; NASCIMENTO 2020).

O conceito está atrelado a compreensão de fatores de proteção, internos e externos ao indivíduo, que levam a uma resposta saudável perante o sofrimento, causado por uma adversidade. Fatores de proteção são processos sociais e intrapsíquicos que interagem de forma dinâmica, diminuindo a probabilidade de um resultado negativo na presença de um fator de risco (GRILLO, 2016).

No acompanhamento dos pacientes em clínicas de IC, observamos uma variedade de eventos descompensatórios, hospitalizações, procura ao serviço de emergência e mudança de hábitos de vida. O que gera um enfrentamento contínuo dessas adversidades, principalmente quando a adesão ao tratamento não é

satisfatória, o que faz da resiliência um possível fator facilitador (fator de proteção) para o enfrentamento da IC.

A oferta de instrumentos adaptados e qualificados, que auxiliem o direcionamento as investigações com maior segurança e que forneçam aos pesquisadores novos recursos metodológicos, é fundamental para os pesquisadores da área de ciências da saúde. Existem escalas para mensurar o grau de resiliência, algumas já adaptadas e validadas para uso na população brasileira, sejam crianças, adolescentes, adultos ou idosos. Há também aquelas que podem ser facilmente encontradas para grupos específicos como jovens que vivenciaram conflitos armados, idosos veteranos de guerra, estudantes e indígenas (HARTMANN et al, 2017).

A ausência de instrumentos específicos, validados e normatizados para avaliação em pacientes com IC, é uma necessidade atual, dada a magnitude e impacto da doença e na possível influência da resiliência enquanto fator protetor para o sucesso terapêutico e possível redução do número de hospitalizações. Entretanto, escalas de mensuração vêm sendo aplicadas, pela comunidade científica, para indivíduos com DCV de variadas classes.

No atendimento aos pacientes em clínicas de IC e na observação crítica das formas e recursos para enfrentamento da doença, há de se refletir o quanto uma postura positiva e resiliente em meio as adversidades impostas pela doença, pode contribuir para a qualidade de vida e sucesso do tratamento. Diante disto, o objetivo desse estudo é elaborar e validar um instrumento específico de mensuração da resiliência em pacientes com IC crônica.

SITUAÇÃO ESTUDADA

1.1 Relevância

A magnitude da IC crônica no Brasil e no mundo e as possíveis estratégias utilizadas pela equipe interdisciplinar na tentativa de estabilização da doença, adesão ao tratamento e promoção da qualidade de vida, são aspectos de grande relevância para mitigação do impacto da doença. A compreensão da resiliência em pacientes, como forma de superar-se ou ressignificar-se frente aos problemas cotidianos de forma positiva, pode trazer benefícios no tratamento.

Diante da observação direta em como pacientes com IC crônica enfrentam a doença e o quanto o comportamento resiliente pode mudar os desfechos, não foi possível ignorar tal constructo no acompanhamento dos doentes. Não basta apenas checar se seguem a prescrição medicamentosa e o tratamento não farmacológico, se não houver a reflexão de fatores cognitivos intrinsecamente ligados aos desfechos de adesão. Analisando a resiliência em pacientes com IC crônica, foram levantadas as seguintes questões:

- A resiliência influencia em comportamentos de autocuidado para adesão ao tratamento?
- Fatores de proteção trazem contribuições para o enfrentamento dos “altos e baixos” dos pacientes para lidar com a IC crônica, gerando melhoria na qualidade de vida?

Muitos instrumentos de medidas de variáveis influenciadores do sucesso terapêutico são aplicados e analisados em pacientes com IC, como conhecimento sobre a doença, autocuidado, adesão ao tratamento, qualidade de vida, além da análise das características sociodemográficas. Contudo, não analisam fatores psicológicos que permeiam esses desfechos, como por exemplo a resiliência. Compreender e identificar através de comportamentos positivos e eficazes pode ampliar o leque de variáveis no enfrentamento da IC crônica.

1.2 Justificativa

O estudo almeja trazer contribuições para a comunidade científica no que concerne a assistência, ensino e pesquisa da Enfermagem, de outras áreas de ciências da saúde e afins.

Para a assistência, pois considera a resiliência como fator influenciador que permeia comportamentos de autocuidado para adesão ao tratamento de pacientes com IC. O que pode auxiliar profissionais de saúde na formulação de estratégias para o desenvolvimento de comportamentos resilientes, com o objetivo de auxiliar a viverem melhor com uma doença crônica, promovendo a qualidade de vida, prevenindo descompensações e mortalidade.

Para o ensino, para a reprodução dos resultados obtidos como fonte de evidência científica para estudiosos da área, “ampliando o olhar” sobre o cuidado ao paciente com IC crônica. Para a pesquisa, pois objetiva elaborar um instrumento inédito e específico para avaliação da resiliência de pacientes em acompanhamento ambulatorial da IC crônica.

1.3 Objeto

- Resiliência de pacientes com insuficiência cardíaca crônica.

1.4 Objetivo geral

- Propor a construção de um instrumento de medida da resiliência, específico à indivíduos com insuficiência cardíaca crônica.

1.5 Objetivos específicos

- Elaborar uma revisão bibliográfica do tipo *Scoping Review* com os principais instrumentos utilizados nas pesquisas de mensuração da resiliência em pacientes com doenças cardiovasculares crônicas;
- Analisar as evidências de validade de conteúdo do instrumento de resiliência específico para pacientes com insuficiência cardíaca crônica.

2 REFERENCIAL TEÓRICO-CONCEITUAL

A busca pela fundamentação teórica sobre o constructo “resiliência”, foi o pilar de sustentação do estudo para conseqüente construção do instrumento. A busca na literatura proporcionou destacar a teoria que fundamenta o objeto psicológico para qual se quer desenvolver o instrumento de medida e evidenciou a operacionalização do constructo em itens (PASQUALI, 2010).

2.1 Conceitos e características da resiliência

A origem do termo resiliência surge no ano de 1807, aproximadamente, cunhado pelo cientista inglês Thomas Young, no campo da física e engenharia. Originária do latim, a palavra *resilio*, significa retornar ao seu estado anterior, atrelado a tensão, compressão e capacidade que os materiais possuem de absorver impactos sem sofrer deformações permanentes, depois de haver sofrido uma pressão sobre si. No entanto, comportamentos relacionados à resiliência foram descritos no livro de Jó, no velho testamento da Bíblia (Antes de Cristo), como exemplo de homem que enfrentou inúmeras adversidades, mantendo-se de pé (BARLACH, 2005; NASCIMENTO et al, 2020).

A área da psicologia tem usado o termo resiliência como foco de estudo entre vários pesquisadores, dentre os mais envolvidos está Boris Cyrulnik, psiquiatra francês que se dedicou ao estudo do termo e se tornou referência no tema. Cyrulnik discorre sobre as adversidades da vida comparando-as a torrentes nas quais se navega, sendo a resiliência “a arte de navegar nas torrentes”. Trata a resiliência como um fenômeno complexo, compreende que o simples fato de o sujeito resiliente constatar que é possível encontrar uma saída, já demonstra sua forma diferenciada de abordar um problema. Quando recebe um golpe da vida, o indivíduo consegue avaliar as conseqüências físicas, sociais e emocionais e buscar estratégias para sair da situação negativa (CYRULNIK, 2004; GRILLO, 2016; NASCIMENTO et al, 2020).

Segundo Flach (1991), a resiliência se apresenta como um conjunto de forças psicológicas e biológicas exigidas para atravessar, com sucesso, as mudanças em um processo contínuo de aprendizado e desaprendizado. Yunes (2001) complementa este conceito, definindo a resiliência enquanto um fenômeno dinâmico constituído por um conjunto de processos de vida que possibilitam a indivíduos, grupos e comunidades enfrentarem contextos adversos fortalecidos, não apenas na superação das adversidades, mas também em transformação.

A capacidade de se renascer da adversidade fortalecido e com mais recursos. É um processo ativo de resistência, reestruturação e crescimento em resposta à crise e ao desafio. [...] Ela engloba mais do que sobreviver, atravessar ou fugir de uma provação angustiante. [...] As qualidades da resiliência permitem às pessoas se curarem de feridas dolorosas, assumirem suas vidas e irem em frente para viver e amar plenamente (WALSH, 2005, p.28).

A partir do entendimento dos conceitos da física sobre a resistência dos materiais, caso quisesse transpor de forma mais fidedigna para a psicologia ou as ciências humanas estudarem, com foco na resiliência humana, os estudos deveriam investigar o quanto as pessoas poderiam suportar a pressão ou o estresse, antes de apresentarem abalo psicopatológico irreversível. Com isso, parece que, se o conceito de resiliência usado pela psicologia foi originado da física, na resistência dos materiais, ele foi transposto de maneira distorcida, uma vez que as ciências humanas estão mais relacionadas a um processo de elasticidade psicológica do que de resiliência, já que se propõe a compreender o comportamento humano ao sofrer pressão em sua recuperação (BRANDÃO, 2009).

Na literatura atual, a psicologia ainda relaciona o conceito de invencibilidade ou invulnerabilidade como precursores da resiliência. Nessa perspectiva, os sujeitos seriam os detentores de “poderes” que lhe dariam a capacidade de enfrentar, a todo o momento, situações de adversidade, como se fossem os únicos responsáveis pelo sucesso, fato que desconsidera os determinantes sociais, econômicos e culturais, algo extremamente danoso, pois pode causar rótulos e preconceitos (NASCIMENTO et al, 2020). Segundo Cyrulnik (2004), a resiliência nada tem a ver com isto, nem com o êxito social. O autor dirige a discussão para um movimento suportável, constante e dinâmico em busca da metamorfose pessoal, visto que a pessoa pode ser resiliente em um momento, mas não em todos, pelo fato de ter peculiaridades humanas e não superdotação ou poderes atribuídos a super-heróis.

Além da questão “invulneráveis ou resilientes?”, que ainda é alvo de distorção conceitual por alguns, Nascimento et al (2020) abordam outra informação crítica acerca da resiliência como: “a resiliência é um processo de superação ou adaptação?” O termo adaptação traz a noção de ajustamento social, de submissão a uma determinada situação sem haver mobilização para mudança ou transformação do quadro de adversidade e conflito, ocorre apenas adaptação as condições das situações impostas. Em contrapartida, a superação dos momentos de crise traz uma ideia de recuperação, de enfrentamento ativo da situação traumática, e de transformação pessoal pela experiência vivenciada.

Ao traçar um panorama do campo de estudo sobre resiliência, são retomadas quatro fases das pesquisas e discutidos conceitos relevantes. A primeira fase foca em distinguir os indivíduos que se adaptavam bem as adversidades (resilientes) daqueles que não se adaptavam, essa diferenciação era atribuída a uma característica da personalidade, possivelmente permanente e inata. A segunda fase, foi um momento em que as perguntas iniciadas com “o quê” (o que faz com que se alcance a resiliência?) foram complementadas pelas indagações sobre o “como”, ou seja, o desenrolar do processo.

Na terceira fase, as descobertas, advindas das fases anteriores, foram organizadas para haver aplicabilidade. Intervenções foram realizadas para gerar resiliência, enquanto se manejavam fatores de risco e de proteção. Atualmente, na quarta fase, os objetivos das fases anteriores se mantêm, ao mesmo tempo em que buscam preencher lacunas teóricas e metodológicas, corrigir falhas e avançar na resolução de algumas controvérsias (BRANDÃO; NASCIMENTO, 2019). Na primeira fase, a maioria dos autores identificaram e organizaram fatores de resiliência estudados até hoje, do qual é dividido em três categorias: características individuais, de família e dos ambientes sociais aos quais os sujeitos pertencem.

Seriam exemplos de fatores de resiliência ligados a características individuais: habilidades cognitivas, temperamento positivo, visão positiva de si mesmo, introspecção, capacidade de se relacionar, humor, criatividade, autoestima consistente, autoeficácia, autocontrole e competência escolar. Entre as características familiares estariam maternagem competente, relacionamentos próximos/íntimos com adultos adequados, estabilidade familiar, expectativas em relação a cada membro da família, entre outras. Já como fatores de resiliência relacionados aos ambientes sociais estariam acesso a boas escolas, conexões com organizações pró-sociais como grupos religiosos ou clubes, suporte de serviços sociais e de saúde de qualidade (BRANDÃO, NASCIMENTO, 2019, p.3).

A resiliência depende da flexibilidade, da capacidade de utilizar forças particulares necessárias aos desafios, descobrindo outras possibilidades. Não é imutável ou hereditária, mas uma combinação da pré-disposição genética com a criação/educação fornecida pelos pais (CYRULNIK, 2004; FLACH, 1991). Flach (1991) acredita que não é uma qualidade exclusivamente interior; sua existência, crescimento e sobrevivência dependem do que e de quem ocupa o espaço ao redor do sujeito, além da natureza do equilíbrio que existe entre as pessoas e o mundo exterior.

Em suma, a resiliência é um constructo com muitas definições, de origens e ênfases diferentes, contudo, há um consenso em torno do termo, é que a resiliência está ligada ao movimento ativo, dinâmico, na busca por romper a cadeia de repetições imobilizadoras, instaurada por adversidades e danos sofridos (GRILLO, 2016; NASCIMENTO 2020). Estudos recentes tem interesse em indivíduos ou grupos que transcendem o âmbito de “lidar com a situação” e conseguem crescer ou se desenvolver a partir dela, tirando proveito da vivência traumática ou adversa do qual está exposto (BARLACH, 2005; VASCONCELOS et al, 2019).

2.2 Doenças cardiovasculares e resiliência

As DCV são a principais causas de mortalidade no mundo, representando 31% de todas as mortes em nível global. Além de englobar as doenças nas artérias coronarianas, cerebrovascular, miocardiopatias, doença arterial periférica, cardiopatia congênita e doenças embólicas. A maioria pode ser prevenida por meio da abordagem de fatores comportamentais de risco, como o uso de tabaco, dietas não saudáveis, obesidade, falta de atividade física e uso nocivo do álcool (OPAS, 2017).

Pesquisadores apontaram que a presença de DCV, pode produzir sentimento de insegurança, ansiedade e medos intensos em função da importância atribuída ao coração para o funcionamento do organismo (SOARES et al, 2016 apud BROADBENT et al, 2009). Quando é falado em DCV, não pode deixar de considerar que o simbolismo do coração é considerado, historicamente, como o centro das

emoções, portanto, cercado de fantasias a respeito da vida e das emoções (GRILLO, 2016).

A exposição contínua a situações de estresse, como acontece no enfrentamento contínuo da doença crônica, aumenta a probabilidade de comportamentos, como: fumar, abusar de substâncias psicoativas e comer em excesso. Comportamentos classificados como compensatórios, de fuga/esquiva ou de regulação emocional, mas que aumentam ainda mais o risco para o surgimento ou desequilíbrio de uma DCV.

O estresse psicossocial representa aproximadamente 30% dos riscos atribuídos para a ocorrência de infarto. Estressores cotidianos são pequenas ameaças de rotina que exigem pouco esforço para sua superação e que constituem fatores de risco pela associação entre vários agentes e sua acumulação. Além do estresse, quadros de ansiedade e depressão podem estar associados as doenças crônicas (PINTO, 2019; SOARES et al, 2016).

Estudos demonstram que variáveis de ordem psicológica têm papel importante sobre a ocorrência, manutenção e recuperação das DCV (SOARES et al, 2016 apud SMITH & BLUMENTHAL, 2011). A resiliência é um constructo de ordem psicológica que vem sendo estudado na área da saúde, primeiramente em situações traumáticas e mais recentemente, em pessoas com condições de saúde crônica (BÖELL et al, 2016).

As mudanças na rotina desencadeadas pela doença nem sempre são enfrentadas de maneira adequada, o que pode gerar dificuldades em seu cuidado e controle, estresse e sofrimento. No entanto, algumas pessoas conseguem superar as dificuldades, aderir ao tratamento e enfrentar as adversidades, desta forma, este resultado pode estar relacionado ao conceito de resiliência (BÖELL et al, 2016; VASCONCELOS et al, 2019). Menores níveis de resiliência estão associados ao aumento do risco de desenvolver coronariopatia, destacando que a forma de se enfrentar as adversidades pode estar relacionada ao estilo de vida e fatores ambientais, como por exemplo, o hábito de exercício físico, dieta, índice de massa corporal elevado, tabagismo e suporte social. E as características pessoais, como o tipo de personalidade (CARVALHO et al, 2016 apud BERGH et al, 2015).

As definições e abordagens acerca do conceito estão alinhadas a complexidade e a presença de fatores e variáveis sobre fenômenos humanos. Quando se trata de enfermidade, a resiliência surge como possibilidade de

mudança, sendo compreendida como capacidade da pessoa em lidar com a doença, aceitando as limitações impostas pela condição, com a devida adesão ao tratamento, buscando adaptar-se a situação e viver de forma positiva, ao mesmo tempo que possibilita certo controle sobre o impacto negativo percebidas na doença e as consequências emocionais sentidas (BÖELL et al, 2016). O prolongamento da vida é uma meta de qualquer sociedade, porém, só é uma conquista real e efetiva à medida que agregue qualidade aos anos adicionais de vida (PINTO, 2019 apud VERAS, 2009).

2.3 Insuficiência cardíaca crônica – Resiliência como fator protetivo para o autocuidado e qualidade de vida

Um conceito muito valorizado no campo das doenças crônicas, é o de qualidade de vida. A OMS preconiza como um reflexo da percepção dos indivíduos acerca do quanto suas necessidades estão sendo satisfeitas ou negadas, independentemente do estado de saúde físico ou condições socioeconômicas. Refere-se a satisfação de necessidades da vida humana e tem como referências noções subjetivas e individuais de conforto, bem-estar, realização individual e coletiva (BRASIL, 2012).

A qualidade de vida em pacientes com IC é uma das metas do tratamento, pois serve como um dos parâmetros de sucesso terapêutico (GOMES & BOCCHI, 2020). Entretanto, apesar dos recentes avanços, a IC ainda é uma doença que resulta em diminuição significativa da qualidade de vida e da atividade da rotina diária. Além do aumento dos gastos com internações hospitalares, atendimentos de urgência, aposentadorias precoces, altos custos socioeconômicos e mortalidade (DIRETRIZ BRASILEIRA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA E AGUDA, 2018; SILVA et al, 2020). Outro conceito fundamental é o autocuidado, definido como um processo de tomada de decisão que os pacientes usam na escolha de comportamentos que mantêm a estabilidade fisiológica e a resposta aos sintomas quando eles ocorrem (GRILLO, 2016; MEDEIROS; MEDEIROS, 2017; SOUZA et al, 2019).

Na IC, o quadro descompensatório da doença crônica é algo iminente e ameaçador a rotina dos pacientes, impactando no autocuidado e, conseqüentemente, na sua qualidade de vida. Com a hospitalização, a pessoa pode desenvolver um quadro de ansiedade, medo de perder o controle e da morte. Portanto, é crucial um comportamento de autocuidado, que inclui a vigilância de sinais de descompensação da doença, além da adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico (DIRETRIZ BRASILEIRA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA E AGUDA, 2018; GRILLO, 2016; SOUZA et al, 2019).

A autonomia do paciente tem sido considerada um ponto fundamental na atenção à saúde, é importante que os profissionais levem em conta as necessidades, crenças e valores do doente. O olhar em conjunto permite a equipe construir um trabalho em que a centralidade da ação se dê sobre o usuário, sendo as questões e dificuldades do cuidado e da assistência vistas e debatidas por diversos ângulos, ampliando, assim, o foco da atenção e das ofertas que são feitas pelos serviços de assistência hospitalar (MESQUITA; QUELUCI, 2013).

As clínicas com atendimento interdisciplinar visam monitorar e prevenir a exacerbação dos sintomas da IC. A sintomatologia característica envolve dispnéia/ortopnéia, palpitações, síncope, dor torácica, dispnéia paroxística noturna, fadiga, arritmias e edemas dos membros inferiores (DIRETRIZ BRASILEIRA DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA CRÔNICA E AGUDA, 2018; SILVA et al, 2020). Um estudo avaliou as modificações e limitações no cotidiano dos pacientes, impostas pela sintomatologia da doença, a maioria apontou para deambulação prejudicada, padrão de sono precário, fadiga dispnéia, dependência de terceiros, baixa frequência da atividade sexual e perda da autonomia (SOUZA et al, 2019).

Dados da literatura reportam o autocuidado como cardioprotetor, pois é complementar aos tratamentos farmacológico e clínico ideais para retardar a progressão da IC e de seus resultados indesejáveis, tais como episódios frequentes de descompensação clínica que levam a hospitalização (LINN et al, 2016 apud LEE et al, 2014). Dentre as causas, de forma geral, há uma associação de práticas insuficientes de autocuidado, que decorrem principalmente de uma gestão ineficaz do regime terapêutico. Além disso, a IC como uma doença crônica, poderá a longo prazo apresentar um conjunto de limitações relatadas e sentidas pelos pacientes, impactando o cuidado consigo (SILVA et al, 2020; SOUZA et al, 2019).

Diversas são as variáveis influenciadoras no comportamento de autocuidado. Um estudo com pacientes atendidos em uma clínica de IC, identificou que 46% destes pacientes apresentavam sintomas de depressão e de ansiedade (fatores de risco) no primeiro momento em que eram atendidos no local (SHERWOOD et al, 2007) e após cinco anos de acompanhamento, mesmo com o controle da gravidade da doença e de outros fatores de risco, os sintomas depressivos ainda estavam associados com desfechos como hospitalização e morte (SHERWOOD et al, 2011). Em outro estudo, foi evidenciado que pacientes internados tiveram piores sintomas depressivos e de qualidade de vida, com maior impacto sobre a dimensão física naqueles com sintomas depressivos moderados a graves (TINOCO et al, 2021).

Em estudo realizado com 628 pacientes com IC, constataram-se associações entre elevados níveis de autocuidado, a melhor qualidade de vida e menores taxas de internações (BUCK et al, 2015). O estudo BREATHE aponta que, dentre as principais causas de descompensação e reinternação por IC, a má aderência ao tratamento ocorre devido aos comportamentos de autocuidado deficiente (ALBUQUERQUE et al, 2015). O paciente deve ser avaliado pelos profissionais de saúde de forma holística, visando compreender a diversidade de variáveis influenciadoras do autocuidado e consequente qualidade de vida, sejam de ordem social, econômica, psicológica, cognitiva ou física. Uma vez identificada é fundamental a implementação de medidas para adaptar as recomendações científicas às limitações do paciente, buscando romper com os obstáculos encontrados para a mudança do estilo de vida para que alcance uma melhor qualidade de vida (LINN et al, 2016; MEDEIROS; MEDEIROS, 2017; SILVA et al, 2020).

Escalas adaptadas e validadas para a população brasileira de mensuração do autocuidado e qualidade de vida são amplamente utilizadas em pacientes com IC. A verificação dos escores, medidos por meio de instrumentos validados, possibilita que sejam identificadas as fragilidades no que tange as ações, para que sejam elaboradas intervenções voltadas a alta hospitalar e acompanhamento dentro das clínicas desses pacientes, visando a melhoria da qualidade de vida e a redução das taxas de hospitalizações. Quanto menor o escore, maior o número de internações por IC agudamente descompensada (LINN et al, 2016).

A resiliência na IC surge como um fator protetivo, incluindo recursos adaptativos como o senso de humor ao lidar com uma situação estressora e o senso

de autoeficácia (senso de autoestima ou de amor-próprio), que levam a uma resposta saudável perante o sofrimento causado por uma adversidade. Os fatores de proteção são processos sociais e intrapsíquicos que atuam de maneira dinâmica, o que pode inibir resultados negativos na presença de um ou mais fatores de risco. São constituídos por características individuais, apoio afetivo, apoio social e coesão familiar (GRILLO, 2016; VASCONCELOS et al, 2019).

Indivíduos com a doença, que possuem comportamentos resilientes, podem otimizar o tratamento através do autocuidado para promoção e manutenção da qualidade de vida. Por ser a resiliência um constructo relacionado a IC crônica escasso nas pesquisas científicas, ampliar o conhecimento sobre o tema pode ser de grande valor para auxiliar o seguimento dos pacientes acompanhados nas clínicas.

2.4 Escalas de avaliação da resiliência

A expressão da resposta resiliente fundamenta-se, principalmente, na interpretação que o indivíduo dá àquele evento adverso e aos mecanismos de proteção que possui. É necessário ir além da identificação dos fatores de risco e impulsionar a busca pela compreensão dos recursos pessoais e contextuais, que podem ser utilizados no enfrentamento das adversidades (OLIVEIRA & NAKANO, 2018). Para Infante (2007), um aspecto importante envolve a busca pela compreensão de quais características internas, cognitivas e emocionais estariam envolvidas no processo de resposta resiliente, desde que não seja atribuída a resiliência, uma concepção de atributo pessoal, mas sim uma habilidade diretamente relacionada e influenciada pelas diferentes instâncias envolvidas na vida do indivíduo, e mais especificamente, na vida da criança.

Em contrapartida, Carvalho et al (2014), afirmam que o estudo voltado ao tema envolve a compreensão das relações dinâmicas existentes entre os comportamentos adaptados, as condições de risco e aos mecanismos de proteção, de modo que se mostraria mais adequado a condução de pesquisas em avaliação com adultos, tendo em vista que há uma história pregressa que favorece a identificação de comportamentos resilientes. Fato é que, ao longo do tempo, o estudo foi marcado

pela existência de diferenças essenciais nos pontos de vista e compreensões acerca do conceito do constructo, diferenças também são percebidas em relação ao processo de avaliação desse fenômeno (OLIVEIRA & NAKANO, 2018).

Um estudo de revisão sistemática, teve como objetivo avaliar como os pesquisadores têm avaliado a resiliência, de modo a tentar caracterizar a produção científica brasileira na temática, seja através de instrumentos de avaliação ou contemplando atributos referente ao tema. A pesquisa identificou 31 estudos, sendo evidenciado maior interesse pelo constructo a partir do ano de 2009. Tendo sido impulsionado pelo crescimento do movimento associado a psicologia positiva. A maioria dos estudos foi realizada com a população adulta (56%), se comparada com crianças (24%) e adolescentes (20%). O mecanismo mais utilizado foi a Escala de Resiliência de Wagnild e Young, seguido do Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida (avalia outros constructos além da resiliência), a Escala de Resiliência para Adultos e a Connor-Davidson *Resilience Scale* (REPPOLD; GURGEL, 2014).

Diversos são os domínios abordados, a escala de Wagnild e Young, por exemplo, objetivou avaliar os níveis de adaptação psicossocial positiva em condições adversas, incluindo dois domínios: competência e aceitação de si mesmo e da vida (OLIVEIRA; NAKANO, 2018). Essa escala possui 25 itens com opções de resposta do tipo *Likert* variando de um (discordo totalmente) a sete (concordo totalmente) pontos, sendo assim, os escores oscilam entre 25 a 175 pontos. Os itens traduzidos e adaptados para a população brasileira que compõe essa escala são (PESCE et al, 2005):

1. Quando faço planos, eu persisto com eles;
2. Eu normalmente lido com os problemas de uma forma ou de outra;
3. Eu sou capaz de depender de mim mesmo mais do que qualquer outro;
4. Manter o interesse nas coisas é importante para mim;
5. Eu posso ficar sozinho se eu precisar;
6. Eu me sinto orgulhoso por ter obtido coisas em minha vida;
7. Eu normalmente consigo as coisas sem muita preocupação;
8. Eu sou amigo comigo mesmo;
9. Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo;
10. Eu sou determinado;
11. Eu raramente penso sobre a razão das coisas;

12. Eu faço as coisas um dia de cada vez;
13. Eu posso superar momentos difíceis, porque eu passei por dificuldades antes;
14. Eu tenho autodisciplina;
15. Eu mantenho o interesse nas coisas;
16. Eu normalmente posso achar um motivo para rir;
17. Minha crença em mim mesmo me faz superar momento difíceis;
18. Em uma emergência, eu sou alguém com quem geralmente as pessoas podem contar;
19. Eu sempre olho para uma situação de maneiras diferentes;
20. Às vezes eu me obrigo a fazer coisas, querendo ou não;
21. Minha vida tem significado;
22. Eu não fico me estendendo sobre coisas que eu não posso fazer nada;
23. Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída;
24. Eu tenho energia suficiente para fazer o que preciso fazer;
25. Tudo bem se existem pessoas que não gostam de mim.

Já a escala de Connor-Davidson, teve como objetivo mensurar o potencial resiliente de uma pessoa após uma experiência traumática e para isso incluiu cinco domínios: competência pessoal, confiança nos próprios instintos e tolerância a adversidade, aceitação positiva de mudanças, controle e espiritualidade. Essa escala foi aplicada em diversas populações como adolescentes, idosos, indivíduos em tratamento para transtorno de estresse pós-traumático e ansiosos, sendo adaptada em diversos países como China, Turquia, Espanha, África do Sul, Austrália, Coreia do Sul e Brasil. A versão final contém 25 itens, relacionados aos comportamentos do último mês, com opções de resposta tipo *Likert*, somando um total de 100 pontos (LOPES; MARTINS, 2011; SOLANO, 2016). Segue abaixo a descrição dos 25 itens traduzidos e adaptados para a população brasileira da escala de Connor-Davidson (SOLANO, 2016):

1. Eu consigo me adaptar quando mudanças acontecem;
2. Eu tenho pelo menos um relacionamento próximo e seguro com alguém que me ajuda quando estou nervoso;

3. Quando os meus problemas não têm uma solução clara, às vezes Deus ou o destino podem me ajudar;
4. Eu consigo lidar com qualquer problema que acontece comigo;
5. Os sucessos do passado me dão confiança para enfrentar novos desafios e dificuldades;
6. Eu tento ver o lado humorístico das coisas quando estou com problemas;
7. Ter que lidar com situações estressantes me faz sentir mais forte;
8. Eu costumo me recuperar bem de uma doença, acidentes e outras dificuldades;
9. Eu acredito que a maioria das coisas boas ou ruins acontecem por alguma razão;
10. Eu me esforço ao máximo, não importa qual seja o resultado;
11. Eu acredito que posso atingir meus objetivos mesmo quando há obstáculos;
12. Mesmo quando tudo parece sem esperanças, eu não desisto;
13. Nos momentos difíceis ou de crise, eu sei onde procurar ajuda;
14. Fico concentrado e penso com clareza quando estou sob pressão;
15. Eu prefiro assumir a liderança para resolver problemas, ao invés de deixar os outros tomarem as decisões;
16. Eu não desanimo facilmente com os fracassos;
17. Eu me considero uma pessoa forte quando tenho que lidar com desafios e dificuldades na vida;
18. Se for necessário, eu consigo tomar decisões difíceis e desagradáveis que afetem outras pessoas;
19. Eu consigo lidar com sentimentos desagradáveis ou dolorosos como tristeza, medo e raiva;
20. Ao lidar com os problemas da vida, às vezes sigo minha intuição, sem saber o porquê;
21. Eu sei onde quero chegar na minha vida;
22. Eu sinto que tenho controle sobre minha vida;
23. Eu gosto de desafios;
24. Eu me esforço para atingir meus objetivos, não importa que obstáculos eu encontre pelo caminho;
25. Eu tenho orgulho das minhas conquistas.

3 REFERENCIAL METODOLÓGICO

3.1 Elaboração e validação de instrumentos de medida

Quando é necessário instrumentos de medida que mensurem adequadamente o fenômeno de interesse, existem duas possibilidades: a construção de um novo instrumento ou a adaptação de um instrumento já elaborado em uma cultura, para o contexto em que se pretende utilizá-lo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; PASQUALI, 1998). Questionários são integrantes importantes da prática clínica, utilizados na avaliação em saúde e nas pesquisas científicas. Estes instrumentos são ferramentas influenciadoras nas decisões sobre o cuidado, tratamento ou intervenção. A construção de tais mecanismos de medida é complexa e requer conhecimento amplo por parte do pesquisador para elaboração das questões, além do uso de uma metodologia adequada que conduza sua construção. No entanto, os dispositivos para avaliação só são úteis, e capazes de apresentar resultados cientificamente robustos, quando demonstram boas propriedades psicométricas e são validados de forma apropriada (BOATENG et al, 2018; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015).

A psicometria tem como objetivo definir o percurso metodológico necessário para o desenvolvimento de uma ferramenta de medição com qualidades psicométricas válidas para a sua finalidade (PASQUALI, 2009; POLIT; BECK, 2011), sendo fundamentada na teoria da medida em ciências em geral, ou seja, através do método quantitativo. Com a principal característica e vantagem de representar o conhecimento da natureza com mais precisão do que a utilização da linguagem comum para descrever a observação dos fenômenos naturais (PASQUALI, 2009). A validade de um instrumento se refere ao acúmulo de evidências que podemos apresentar para certificarmos que o mesmo é capaz de avaliar um atributo ou constructo. Diz respeito ao aspecto da medida ser congruente com a propriedade dos objetos e não com a exatidão com que a mensuração, que a descreve, é realizada (ANASTASI E URBINA, 2000; FERRETTI-REBUSTINI, 2023; GARCIA, 2016; PASQUALI, 2009).

A precisão, a fidedignidade ou a confiabilidade de um teste diz respeito a característica que deve possuir, a saber, a de medir sem erros. Isto significa que o mesmo teste, medindo os mesmos sujeitos em ocasiões diferentes, ou testes equivalentes, medindo os mesmos sujeitos na mesma ocasião, produzem resultados idênticos, ou seja, a correlação entre as duas medidas deve ser de 1. Entretanto, como o erro está sempre presente em qualquer medida, a correlação se afasta tanto do 1 quanto maior for o erro cometido na medida. A análise da precisão de um instrumento psicológico mostra precisamente o quanto ele se afasta do ideal da correlação 1, determinando um coeficiente que, quanto mais próximo de 1, menos erro o teste comete ao ser utilizado (PASQUALI, 2009).

Na elaboração e validação de dispositivos de medida, faz-se necessária a avaliação da confiabilidade do instrumento com vistas a validação do constructo. Estima-se também as respostas dos especialistas ao instrumento, bem como, a concordância da conclusão entre avaliadores com o intuito de validar o conteúdo (MEDEIROS et al, 2015). Para avaliação das respostas dos especialistas, frequentemente é utilizado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC) na área da saúde. O IVC reflete o quão uma amostra de itens é representada no domínio de um conteúdo e como não existe um teste estatístico para a validade, a análise qualitativa através da avaliação dos especialistas é utilizada (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

O IVC mede a proporção de especialistas que estão em concordância sobre determinados aspectos do instrumento e de seus itens, permitindo tanto avaliar cada item individualmente (I-IVC) como o instrumento como um todo (S-IVC). No entanto, para a utilização deste método, é necessário o emprego de escalas do tipo *Likert* (MEDEIROS et al, 2015). Essas escalas, são comumente usadas para quantificar atitudes, comportamentos e domínios de determinado constructo relacionada a saúde, fornecendo aos respondentes uma lista de proposições para que possam estimar o grau de sua resposta. A cada solução é atribuído uma pontuação ou score (HULLEY et al, 2015).

Por exemplo, para avaliar a relevância/representatividade de um item, as respostas podem incluir pontuações que variam de 1 a 4, sendo 1 = não relevante/não representativo, 2 = item necessita de grande revisão para ser representativo, 3 = item necessita de pequena revisão para ser representativo e 4= relevante/representativo (MEDEIROS; MEDEIROS, 2017). Um índice de validade de

conteúdo aceitável, deve ser no mínimo 0,78 para I-IVC e 0,80 para S-IVC e preferencialmente, >0,90. Os valores de I-IVC orientarão as decisões sobre as revisões ou rejeições de itens (YUSOFF, 2019).

A fórmula para avaliar cada item, pode ser representada por (ALEXANDRE; COLUCI, 2011; YUSOFF, 2019):

$$S\text{-IVC} = \frac{\text{número de respostas "3" ou "4"}}{\text{número total de respostas}}$$

Exemplificando: Considerando três especialistas que avaliaram a relevância de cinco itens. O item 1 obteve as seguintes avaliações:

1° especialista: 4

2° especialista: 3

3° especialista: 2

O I-IVC desse item seria:

$$I\text{-IVC} = \frac{2 \text{ (com pontuações de respostas "3" ou "4")}}{3 \text{ (número total de respostas)}} = 0,67$$

Um outro método de medida da validade de conteúdo, criado por Lawshe, que podemos utilizar é a Razão de Validade de Conteúdo (RVC), que por sua vez é mais confiável, pois a ideia central do RVC é que permaneçam no teste os itens que tenham alto grau de concordância entre os especialistas na categoria "Essencial", considerando três categorias de avaliação do item: desnecessário; útil, mas não essencial; essencial (AYRE; SCALLY, 2014; TRINDADE et al, 2014). Para obtenção da RVC, os especialistas atribuem pontuações a cada item indicando seu grau de relevância (denominados essenciais) e calcula através da fórmula (AYRE; SCALLY, 2014):

$$CVR = \frac{n_e - (N / 2)}{N / 2}$$

Legenda: CVR (*Content Validity Ratio*); n_e =número de avaliadores que julgou como essencial; N=número de especialistas.

Os valores da RVC variam de -1 (Discordância total) a +1 (Concordância total). Esse valor é interpretado como uma medida da validade geral do conteúdo do instrumento e sua satisfatoriedade, varia de acordo com o número de especialistas incluídos (AYRE; SCALLY, 2014; ALMANASREH; MOLES; CHEN, 2019). Os três critérios para avaliação da confiabilidade (ou fidedignidade) de um instrumento de maior interesse na pesquisa científica são a estabilidade, consistência interna e equivalência de uma medida. O *Alpha de Cronbach*, medida mais utilizada para avaliação, é uma medida que mede a consistência interna, ou seja, o grau de concordância entre os itens de uma escala, esta medida indica quão estável, consistente ou preciso é um instrumento. A maioria dos estudos, consideram que valores superiores a 0,7 são satisfatórios para atestar a confiabilidade (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

3.2 Elaboração e validação de instrumentos de medida segundo Pasquali

Segundo Luiz Pasquali (2010), a construção e validação de instrumentos é estruturado em três grandes polos sequencialmente denominados como: procedimentos teóricos, procedimentos empíricos (experimentais) e procedimentos analíticos (estatísticos).

1. **POLO TEÓRICO:** contempla a fundamentação teórica sobre o constructo para o qual se quer elaborar um instrumento de medida, ou seja, a definição das suas propriedades, a concepção das dimensões desses atributos, a definição constitutiva e operacional, a construção dos itens e a validação de conteúdo (MEDEIROS et al, 2015). Os procedimentos teóricos devem ser elaborados para cada instrumento, de acordo com a literatura atual sobre o constructo que o mecanismo propõe medir. Após a construção, é realizada a análise teórica dos itens, onde os especialistas da área julgam os itens quanto a aspectos semânticos, de inteligibilidade e a pertinência (PASQUALI et al, 2010).

Este polo compreende seis passos que constituem desde a teorização do constructo a elaboração do instrumento, sendo os três primeiros relacionados somente com a teoria, o quarto engloba teoria e construção, e os dois últimos são

referentes apenas ao processo de construção (PASQUALI et al, 2010). Veja um breve resumo sobre cada passo:

1º passo: Sistema Psicológico (produto: objeto psicológico): Neste passo, o pesquisador deve compreender claramente o seu objeto de interesse. O constructo deve ser fundamentado na teoria por meio de referencial bibliográfico.

2º Passo: Propriedades (produto: atributos): O pesquisador deve restringir o objeto de estudo aos aspectos específicos de interesse e as propriedades que serão objeto de pesquisa, obtendo definições claras e precisas.

3º Passo: Dimensionalidade (produto: fatores dimensões): Ocorre a categorização do constructo em unifatorial ou multifatorial, sendo definida de suas dimensões e atributos.

4º Passo: Definição (produto: constitutiva operacional): nesta fase, os peritos e o pesquisador realizam a análise de conteúdo das dimensões e atributos. Esta análise consiste em definir os itens que melhor descrevem o constructo, sua definição constitutiva e operacional.

5º Passo: Operacionalização (produto: itens): Compreende a operacionalização do constructo e a construção de itens que melhor o representem. Os itens são estruturados para representar de forma funcional o constructo de interesse, devendo ser objetivo, simples, claro, relevante, preciso, com variedade na linguagem para que não se torne uma leitura exaustiva, com frases condizentes ao atributo, compreensível a toda população-alvo, além de conter itens variando do fácil, médio e difícil.

O autor descreve que o número ideal de itens inseridos é de 20 itens, porém enfatiza que tal determinação pode ser alterada conforme o nível de complexidade e necessidade de cada um em particular.

6º Passo: Análise dos Itens (produto: instrumento-piloto): Deverão ocorrer as análises semântica e de conteúdo por juízes, a fim de viabilizar a validade do instrumento. Na análise semântica, o produto deve ser compreensível por toda a população pelo qual será utilizado, considerando o extrato com mais dificuldade de compreensão para uma amostra com o de maior facilidade. Havendo divergências da reprodução ou entendimento do que o pesquisador propôs, o constructo deverá ser reformulado e reapresentado até que seja um que não ofereça dificuldade de percepção.

Na análise de conteúdo, o objetivo é adequar a apresentação comportamental dos atributos. Os juízes fazem a verificação de cada item elencando os que estejam mais bem estruturados e avaliando a sua real ligação com o propósito do instrumento. O número recomendado de participar desta etapa é cerca de seis, sendo peritos na área, considerando as características, a formação, a qualificação e a disponibilidade dos profissionais.

2. **POLO EMPÍRICO:** O procedimento empírico ou experimental é o momento em que são definidas as etapas e técnicas da aplicação do instrumento-piloto e da coleta válida da informação para proceder a avaliação da qualidade psicométrica. Neste polo, os itens selecionados pelos especialistas na análise teórica dos itens, são testados nos participantes com características semelhantes aos da população-alvo.

7º passo: Planejamento da Aplicação (produto: amostra, instruções, formato, sistemática e tarefa): momento em que são definidos o formato do instrumento-piloto, as instruções para sua aplicação e a amostra. Não há um consenso na literatura quanto ao quantitativo necessário de especialistas, entretanto, são sugeridos de 6 a 20, sendo no mínimo 3 de cada área profissional.

8º passo: Aplicação e Coleta (produto: dados e matriz): são definidas a forma de aplicação do instrumento, podendo ser de forma individual ou coletiva. Neste momento deve-se elucidar o formato de respostas, como por exemplo, em alternativas ou em escalas de intensidade. Os resultados devem ser arquivados em um banco de dados.

3. **POLO ANALÍTICO:** O procedimento analítico estabelece um método de análise estatística a serem efetuadas sobre os dados para levar a um instrumento válido, preciso e, se for o caso, normatizado. Este polo tem como objetivo estimar a validade e a confiabilidade do objeto testado.

9º Passo: Dimensionalidade (produto: fatores: carga fatorial, autovalor comunalidade): deve ser analisada pelo autor de forma empírica estabelecendo a hipótese testada de um único fator.

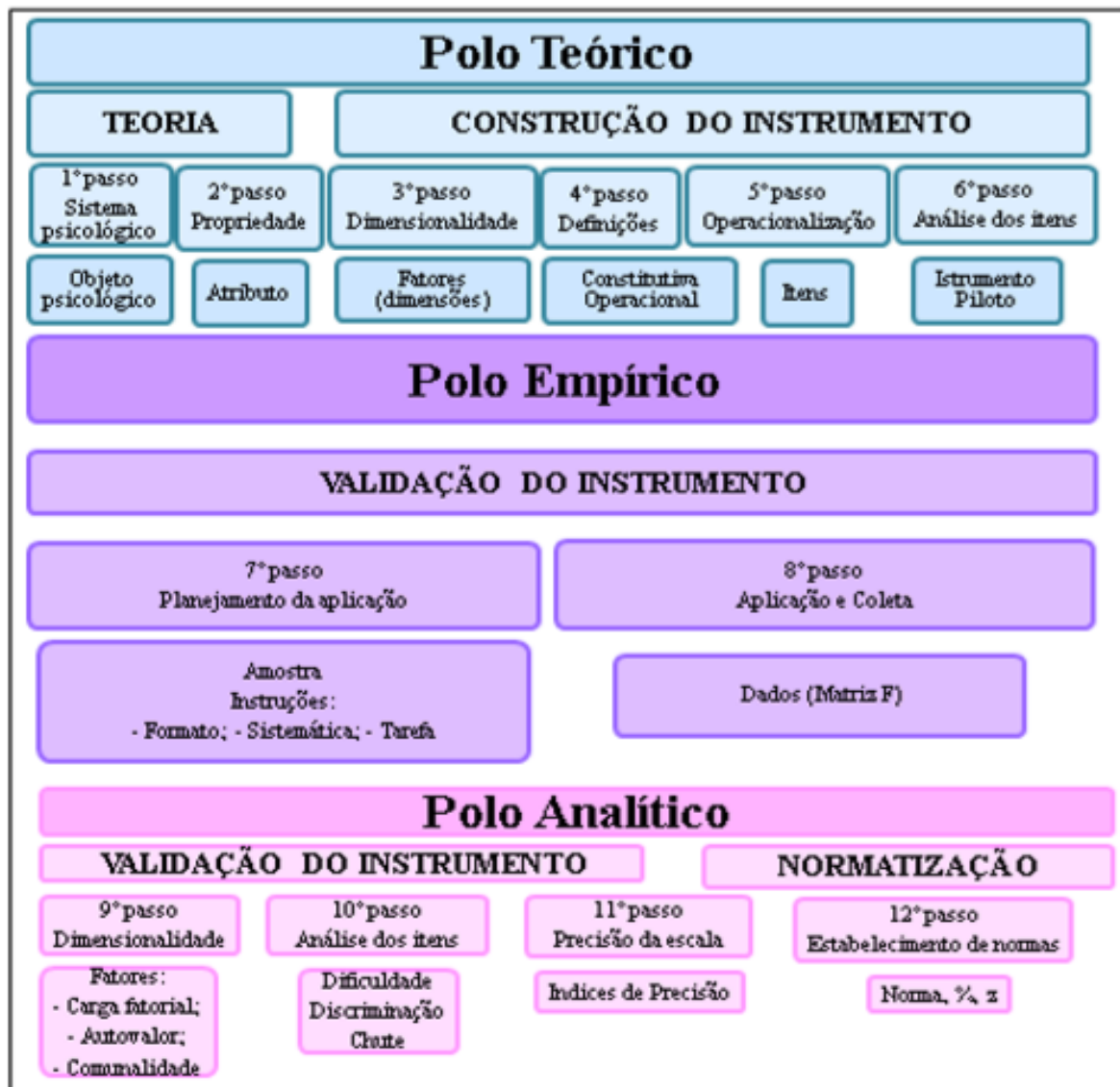
10º Passo: Análise dos Itens (produto: dificuldade, discriminação e chute): Neste passo é necessário verificar quantos constructos comuns são necessários

para explicar as covariâncias (intercorrelações) dos itens e da demonstração da validade do instrumento juntamente com a análise preliminar dos itens.

11º Passo: Precisão do Instrumento (produto: índice de precisão): avalia-se a correlação entre a variância verdadeira e variância erro, através de técnicas para verificar a precisão do teste (teste-reteste, consistência interna). Quanto maior a variância verdadeira e menor a variância erro, mais fidedigno é o instrumento, o que significa que pode ser considerado válido para uso em pesquisas.

12º Passo: Estabelecimento de Normas (produto: normas%, Z): a normatização refere-se a obrigatoriedade de uniformidade em todos os procedimentos no uso de um teste válido e preciso. No caso do instrumento ser para uso na área de saúde, o mesmo deve ser submetido a normatização, considerando os cuidados na aplicação até o desenvolvimento de critérios para a interpretação dos resultados obtidos. Segue abaixo (Figura 1) a sequência de etapas do modelo proposto por Pasquali (2010) e elaborado por Silva (2017):

Figura 1 - Organograma para elaboração de medida psicológica



Fonte: Organograma para elaboração de medida psicológica (PASQUALI et al., 2010).

3.3 Técnica Delphi

A Técnica Delphi tem sido amplamente utilizada na pesquisa em saúde, sobretudo na enfermagem mundial (SOUZA et al, 2015). Teve início na década de 50 pela *Rand Corporation*, cujo objetivo foi reunir opiniões de especialistas na previsão tecnológica, bem como seus efeitos sobre as questões políticas (REVORÊDO et al., 2015).

O método consiste na obtenção de um consenso de ideias por meio da opinião de especialistas (também chamados peritos, *experts* ou juízes) da área envolvida, para isso, utiliza-se formas estruturadas de coleta de dados como questionários ou instrumentos previamente elaborados (PERROCA, 2011). O pressuposto de tal técnica, baseia-se em que “várias cabeças pensam melhor do que uma”, ou seja, o julgamento coletivo, quando organizado, é melhor que a opinião de uma só pessoa (ROZADOS, 2015; REVORÊDO et al., 2015).

A Técnica Delphi possui três características fundamentais: o anonimato dos especialistas, a interação e a realimentação controlada. O primeiro significa que nenhum dos participantes conhece a identidade dos demais, o que impede que membros do grupo possam ter influência em suas respostas. O segundo e o terceiro consistem na interação das respostas obtidas nos questionários aplicados, dando a oportunidade dos respondentes terem acesso a diferentes pontos de vista sobre determinada temática, uma vez que o questionário é repassado por meio de “rodadas”. Circulação (ou rodada) é cada um dos sucessivos questionários apresentados ao grupo para obtenção de respostas, que tem como objetivo final o consenso entre os especialistas (ROZADOS 2015; SCAPARO et al, 2012).

Na primeira rodada de opiniões, o questionário é enviado aos especialistas, que respondem e enviam de volta ao pesquisador. Em seguida, as respostas são analisadas estatisticamente e fornecido o *feedback* dos resultados atingidos na primeira rodada. Dá-se início a segunda rodada de opiniões para que se realize um novo julgamento do questionário ajustado, de acordo com as respostas da primeira rodada. São realizadas quantas rodadas forem necessárias até que se obtenha um consenso entre os especialistas, idealmente, com índice de confiabilidade acima de 80%. O número de rodadas dependerá da natureza do grupo, sua homogeneidade e da complexidade do assunto, em geral, são utilizadas de duas a três rodadas (MARQUES; FREITAS, 2018; SCARPARO et al, 2012; SILVA, 2017;).

As vantagens ao utilizar a Técnica Delphi, além da inclusão das próprias características mencionadas anteriormente, compreendem a possibilidade de acesso a pessoas geograficamente distantes e o baixo custo da operacionalização. Além disso, a aplicação do questionário pode ocorrer por meio de plataformas eletrônicas, desde que obedecidas as regras para uso desses instrumentos, conferindo aos participantes liberdade de tempo para responderem conforme sua disponibilidade, o que estimula maior participação do grupo (SCAPARO et al, 2012).

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo psicométrico, que se caracteriza por procurar explicar o sentido das respostas fornecidas pelos sujeitos a uma série de tarefas, tipicamente chamadas de itens (PASQUALI, 2009). Quando compreendida como um método de investigação, preocupa-se em avaliar os atributos de um instrumento no que tange ao tipo de informação gerada, a validade e a confiabilidade dos dados (FERRETTI-REBUSTINI, 2023).

4.2 Aspectos éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). Seguiram-se os protocolos de pesquisa da Plataforma Brasil, de acordo com a Resolução 466/2012 e confecção do TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) que foi aplicado a todos os especialistas que concordaram em participar da pesquisa, independente da fase metodológica. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP-HUPE) com CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética) nº 30735820.3.0000.5259 e parecer nº 3.994.933 (ANEXO A).

4.4 Delineamento do estudo

Foram realizadas as etapas 1, 2 e 3 referentes ao **Polo Teórico**, entre outubro de 2020 a julho de 2021, através de busca na literatura acerca do constructo “resiliência” e na elaboração de uma *Scoping Review*. Entre outros tipos de revisão

de literatura disponíveis, a *Scoping Review* foi escolhida por, dentre seus objetivos, examinar a extensão e natureza das produções e/ou esclarecer conceitos que fundamentam uma dada área e identificar lacunas na literatura existente, bem como compreender como a pesquisa é conduzida em uma área (CORDEIRO; SOARES, 2010).

Para orientar a busca dos estudos para a *Scoping Review*, foi utilizada a estratégia população, conceito e contexto (PCC) com a formulação da questão de pesquisa: “Quais os instrumentos ou questionários utilizados para avaliação da resiliência em indivíduos adultos com doenças cardiovasculares crônicas?” Após combinação de termos não controlados e descritores, foi realizada a pesquisa com a estratégia de busca: (“*psychological resilience*” OR “*resilience*”) AND (“*cardiovascular disease*”) AND (“*surveys and questionnaires*” OR “*assessment*”).

A *Scoping Review* teve como título “Domínios analisados na avaliação da resiliência em indivíduos com doenças cardiovasculares crônicas: revisão de escopo”, foi publicada (OLIVEIRA et al, 2022) no periódico OBJN - *Online Brazilian Journal of Nursing* em 19 de dezembro de 2022 (ANEXO B).

Para o cumprimento das etapas seguintes do **Polo Teórico** (etapas 4, 5 e 6), foram realizados encontros dos profissionais especialistas para elaboração e discussão sobre as dimensões, atributos e questões que deveriam constituir o constructo. Para estas etapas foram selecionados, por conveniência, especialistas de diferentes áreas da saúde que prestam assistência a pacientes com IC, para que, através da fundamentação teórica e da vivência clínica desses especialistas, fosse construído o instrumento-piloto.

Foi realizado o **Polo Empírico** e testagem do instrumento-piloto (etapas 7 e 8) através de rodadas *online* com o intuito de avaliação/reavaliação dos itens pelos especialistas até que se atingisse o valor de concordância satisfatório. Existem várias técnicas para levantamento da opinião dos especialistas sobre um instrumento, a pesquisa em questão optou pelo uso da Técnica Delphi.

A seleção dos especialistas foi por conveniência, devido ao conhecimento dos pesquisadores a uma rede de profissionais especialistas em IC de diferentes regiões do Brasil, portanto, com maior probabilidade de participação e adesão a todas as rodadas de avaliação do instrumento. Foram recrutados profissionais médicos, enfermeiros e psicólogos através de uma carta-convite via e-mail, após a aplicabilidade dos seguintes critérios de inclusão próprios:

- Ter experiência profissional mínima de 2 anos no atendimento a pacientes com IC, acompanhados ambulatorialmente;
- Ter conhecimento sobre a Insuficiência Cardíaca, consubstanciado por publicações de artigos, capítulos de livros ou aulas ministradas nos últimos 5 anos.

Na primeira rodada, os participantes receberam um *link* gerado por meio do formulário digital do *Google Docs*® para participação na pesquisa. Caso concordassem em participar da pesquisa, deveriam assinalar na primeira página o aceite, que corresponde a assinatura do TCLE. Uma vez assinalado a concordância, o participante era direcionado a responder as questões referentes a caracterização da amostra e, posteriormente, a avaliação do instrumento que envolve seus domínios e atributos. O instrumento de coleta de dados adotou a escala do tipo *Likert* de cinco pontos (Quadro 1) e espaço para observações, sugestões ou críticas.

Quadro 1 – Interpretação das respostas da primeira versão do RES-IC 15

Pontuação	Resposta	Interpretação
1 ponto	Discordo totalmente	Conduta inadequada que necessita ser suprimida ou é desnecessária.
2 pontos	Discordo parcialmente	Conduta que necessita de alguma correção e/ou reformulação.
3 pontos	Não concordo, nem discordo	Conduta imparcial.
4 pontos	Concordo parcialmente	Conduta correta que carece de algum ajuste.
5 pontos	Concordo totalmente	Conduta correta sem necessidade de qualquer acréscimo.

Fonte: A autora, 2023.

Dando prosseguimento ao processo de aquisição do objetivo secundário, efetuou-se o **Polo Analítico** (etapas 9, 10, 11 e 12). Para a análise da caracterização da amostra, foi utilizada a estatística descritiva, apresentada em frequência e percentual. Ao se preocupar em elaborar um instrumento válido e confiável, requisitos fundamentais para garantir a qualidade da validação do instrumento, foram realizadas análises de medidas de índice de conteúdo (I-IVC e S-IVC) e consistência interna (Alpha de *Cronbach*), respectivamente (COOK; BECKMAN, 2006; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

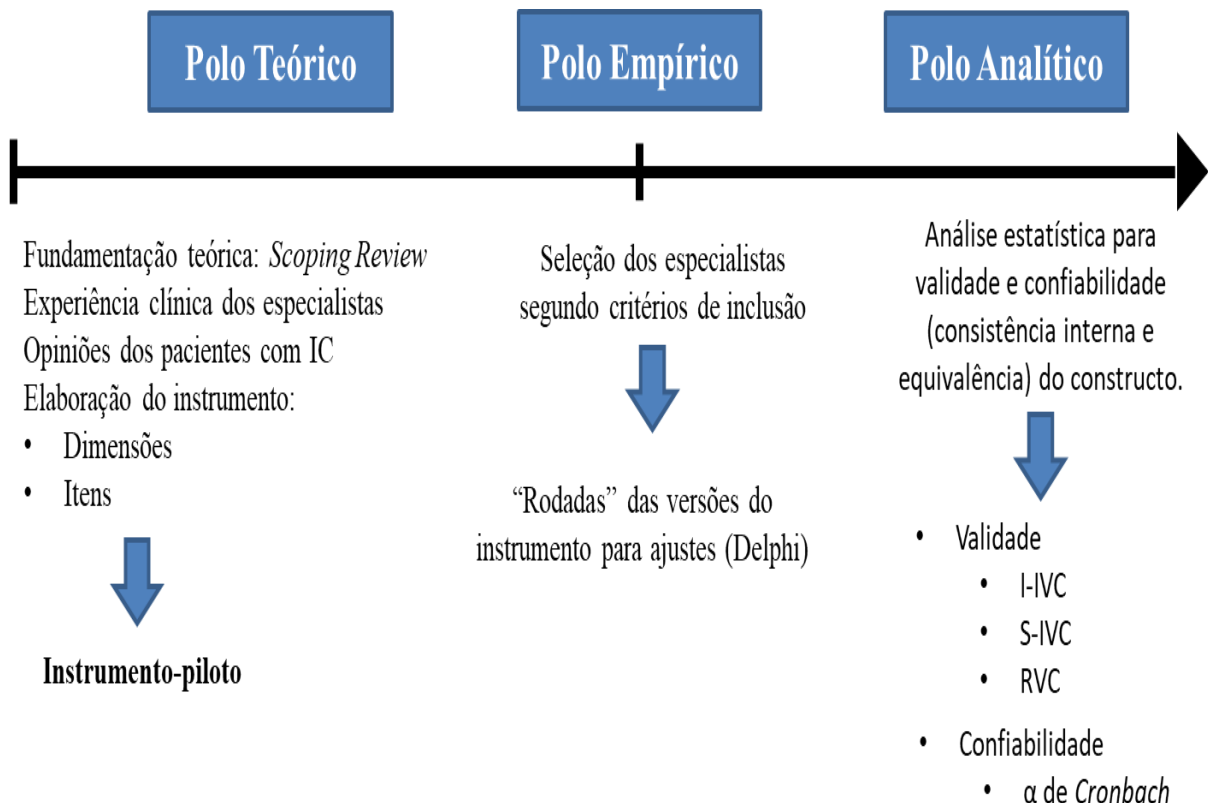
O IVC foi obtido por meio das respostas dos especialistas com opções de resposta tipo *Likert*. O IVC entre os especialistas, considerando cada item e para

todo o instrumento, foi considerado aceitável, o valor mínimo de 0,78 e 0,80, respectivamente. O RVC foi obtido considerando o valor +1 (concordância total) como uma medida da validade geral do conteúdo do instrumento.

Para avaliação da confiabilidade deste questionário, foi utilizado o teste *Alpha de Cronbach*. A confiabilidade foi explorada pelos critérios de consistência interna e equivalência. Para análise da consistência interna foi utilizado o coeficiente *Alpha de Cronbach*, sendo classificado da seguinte forma: Muito baixa ($\alpha \leq 0,30$); Baixa ($0,30 < \alpha \leq 0,60$); Moderada ($0,60 < \alpha \leq 0,75$); Alta ($0,75 < \alpha \leq 0,90$) e muito alta ($\alpha > 0,90$) (ALEXANDRE et al, 2013; COLUCI; ALEXANDRE; MILANI, 2015; CUNHA; ALMEIDA, 2016).

O protocolo desta pesquisa pode ser sumarizado conforme a figura abaixo (Figura 2):

Figura 2 – Protocolo da construção e evidências de validade do instrumento específico para pacientes com insuficiência cardíaca crônica



Fonte: A autora, 2023.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para melhor apresentação e compreensão dos resultados, este capítulo foi dividido em duas partes: a primeira contendo os resultados e discussão sobre a construção do instrumento (**Polo Teórico**) e a segunda com os resultados e discussão sobre as evidências de validade e confiabilidade do instrumento (**Polo Empírico e Polo Analítico**).

5.1 Resultados e discussão sobre a construção do instrumento

Para o cumprimento do objetivo geral e o primeiro objetivo específico desta pesquisa, foi realizada e publicada uma revisão do tipo *Scoping Review* (OLIVEIRA et al, 2022), onde foram levantadas as opiniões dos especialistas que atendem pacientes com IC no ambulatório, bem como, as opiniões dos doentes durante o período na sala de espera.

Foram consultados, por conveniência, profissionais com experiência mínima de cinco anos no atendimento ambulatorial a pacientes com IC, dentre eles, dois médicos cardiologistas, duas enfermeiras com especialização em cardiologia e uma psicóloga. Cabe ressaltar as características dos especialistas que contribuíram na construção do instrumento, no qual possuem grande experiência de detecção dos principais sinais e sintomas envolvidos nos diferentes estágios da doença, onde a resiliência faz um diferencial para promoção de comportamentos positivos em saúde para a tomada de decisão. Além disso, os especialistas são experientes na aplicabilidade de escalas de medidas em saúde, sobretudo no formato de respostas tipo *Likert*.

Foram realizadas três reuniões para a construção do instrumento durante o período da tarde, em aproximadamente duas horas, entre os meses de março e abril de 2022, conforme disponibilidade dos especialistas. As reuniões tiveram como objetivos construir e discutir os possíveis elementos constituintes do instrumento

específico de avaliação da resiliência em pacientes com IC. No quadro 2, há um resumo das atividades realizadas e o consenso dos especialistas em cada encontro:

Quadro 2 – Atividades e consenso dos especialistas na construção do instrumento

	Atividades realizadas	Consenso dos especialistas
1º Encontro	<p>Foi apresentada a proposta desta Tese, e, em seguida, a <i>Scoping Review</i> com os domínios identificados para discussão dos domínios de interesse, a saber:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Compromisso; 2. Controle; 3. Desafio; 4. Equanimidade; 5. Perseverança; 6. Autossuficiência; 7. Significância; 8. Solidão existencial; 9. Capacidade de recuperação do estresse; 10. Compreensibilidade; 11. Gerenciabilidade; 12. Competência pessoal; 13. Confiança nos próprios instintos e tolerância à adversidade; 14. Aceitação positiva de mudanças; 15. Espiritualidade. 	<p>Houve compreensão e discussão dos conceitos dos domínios e sua aplicabilidade para o paciente com IC crônica em atendimento ambulatorial. Com isso, os especialistas definiram que os domínios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 8 e 9: não atendem ao conceito de resiliência atual, portanto, foram considerados desnecessários • 3, 4, 7, 10 e 15: parecem ser úteis, mas não essenciais, por isso, acharam que não deveriam compor o instrumento em construção. • 1, 2, 5, 6, 11, 12, 13 e 14: foram considerados importantes na avaliação da resiliência dos pacientes com IC crônica.
2º Encontro	<p><u>1ª atividade:</u> Os especialistas selecionaram os domínios essenciais ao paciente com IC crônica a partir dos itens mantidos na 1ª reunião</p> <p><u>2ª atividade:</u> Houve levantamento dos itens que devem compor cada domínio e características do instrumento</p>	<p>Os especialistas mantiveram na íntegra os domínios “controle e aceitação positiva frente as mudanças”. Incluíram “rede de apoio”, por entenderem, que, apesar de não compor o item de nenhum instrumento, a <i>Scoping review</i> aponta como esse domínio é essencial para obtenção em bons resultados em saúde. Incluíram também “autoeficácia”, por parecer mais adequado do que autossuficiência.</p> <p>Os especialistas foram unânimes quanto a escala ter padrão de resposta do tipo <i>Likert</i>, ter entre 10 e 20 itens, ser aplicada pelo pesquisador e ter aplicabilidade média de 15 minutos, pontos fundamentais para que o uso da escala não seja exaustivo</p>
3º Encontro	<p>Foram definidas as características dos itens que devem compor o instrumento em sua primeira versão e a definição dos itens</p>	<p>Foram definidos 15 itens através do método “<i>brainstorming</i>” abordando comportamentos resilientes diante do enfrentamento diário da IC com uma postura positiva e dinâmica, mesmo diante de um cenário complexo, o que reflete o conceito de resiliência atual</p>

Fonte: A autora, 2023.

Após os especialistas refletirem e analisarem criticamente os domínios essenciais na avaliação da resiliência de pacientes com IC, foi realizada análise semântica do constructo. Sendo definidos, portanto, os conceitos de resiliência e dos quatro domínios elegíveis, além da identificação do item relacionado ao respectivo domínio, totalizando 15 itens, conforme apresentado no Quadro 3.

Quadro 3 – Termos, conceitos e itens relacionados aos domínios

Termo	Conceito	Nº do Item
Resiliência	Constructo psicológico caracterizado pelo movimento ativo e dinâmico, na busca por romper a cadeia de repetições imobilizadoras instaurada por adversidades e danos sofridos.	Todos os 15 itens
Domínio 1: Redes de Apoio	Enlaçamentos e vínculos que se formam dentro de determinados grupos e espaços que impactam a todos os indivíduos envolvidos. A palavra “apoio” refere-se a sustentar algo, ajudar a manter alguma coisa.	Itens 1, 2, 3, 4 e 5
Domínio 2: Controle	Senso de domínio e autonomia compreendida como a capacidade de influenciar o próprio destino.	Itens 6, 7 e 8
Domínio 3: Autoeficácia	Senso de autoestima ou valor próprio. Trata-se de um sentimento de adequação, eficácia e competência para enfrentar problemas.	Itens 9, 10 e 11
Domínio 4: Aceitação positiva frente as mudanças	Pensamentos e comportamentos de aceitação positiva as mudanças impostas.	Itens 12, 13, 14 e 15

Fonte: A autora, 2023.

Na maioria das clínicas de IC no Brasil, o seguimento dos pacientes é predominantemente médico, o que confere alta demanda dos serviços. Entretanto, a Diretriz Brasileira de IC Aguda e Crônica (2018) define a equipe multiprofissional como padrão-ouro no seguimento dos doentes. Sinalizando que médicos e enfermeiros especialistas em IC, são os profissionais de saúde fundamentais dentro da equipe multidisciplinar. Além disso, nutricionistas, fisioterapeutas, farmacêuticos, educador físico, assistente social e psicólogos são fortemente recomendados a compor o grupo.

Os psicólogos são profissionais que contribuem positivamente dentro da equipe fornecendo suporte aos pacientes, pois considera fatores psicológicos e comportamentais envolvidos para o sucesso do tratamento. A resiliência é compreendida, portanto, como um dos fatores protetivos de interesse (GRILLO, 2016) na presente pesquisa. A escolha das categorias profissionais para participar

da construção do instrumento, é justificada pela recomendação da Diretriz Brasileira de IC Aguda e Crônica (2018) e pela inquestionável expertise da área da psicologia na temática.

Os avanços terapêuticos disponíveis, o uso de dispositivos vestíveis, o olhar ampliado com ênfase nas necessidades do indivíduo dispensados pelo enfermeiro no seguimento a pacientes com IC, destacam a necessidade da organização dos cuidados em saúde e gestão da doença centrado na pessoa, onde a identificação dos fatores protetivos, ou seja, promoção de resultados positivos, devem ser incluídos para além do prisma biomédico (OLIVEIRA et al, 2017; STAMP et al, 2018). Diante disso, a mensuração da resiliência, um dos fatores protetivos, faz-se relevante a todos os profissionais, sobretudo aos enfermeiros que realizam acompanhamento ambulatorial dos doentes.

Como opções de respostas, os especialistas optaram, de forma unânime, pela escala *Likert* de cinco pontos, sendo: o valor 1 referente a discordância total; o item 2 a uma discordância parcial; o item 3, nem concordo e nem discordo; o item 4, concordância parcial; e o item 5, concordância total. Ao classificar a escala segundo esses critérios, os especialistas entenderam que as opções de resposta atendem a todas as possíveis respostas da população-alvo.

Após a conclusão da elaboração do instrumento pelos especialistas foi realizado um teste junto aos pacientes com IC em acompanhamento ambulatorial do HUPE, durante três visitas aleatórias, pelo pesquisador principal, no mês de maio de 2022. Dez pacientes foram consultados durante o período de sala de espera, momento em que aguardavam a consulta médica pré-agendada. Foi aplicado o dispositivo, elaborado pelos especialistas e, em seguida, realizado a adequação semântica para o processo de validação. A aplicação prévia do instrumento, mesmo em uma pequena amostra, permitiu chegar a uma versão preliminar com seleção de linguagem e metodologia de aplicabilidade mais refinadas.

Após a avaliação do instrumento junto a população-alvo, somente os itens 4 e 9 sofreram alterações na formulação prévia dos especialistas. O item 4 inicialmente descrito como “*Tenho acesso a recursos que preciso para meu tratamento dar certo*”, gerou dúvida em três pacientes sobre quais recursos são estes? E no item 9, inicialmente descrito como “*Fico orgulhoso de mim mesmo quando tudo dá certo*”, o questionamento de dois pacientes foi “como assim? O que você quer dizer quando diz: tudo dá certo?”.

O pesquisador principal, notificou os especialistas acerca da avaliação dos pacientes, e sugeriu a substituição dos itens originais pelos itens: “4. *Tenho acesso a recursos como medicamentos, consultas e exames que preciso para meu tratamento dar certo*” e 9. *Fico orgulhoso de mim mesmo quando sigo as recomendações dos profissionais de saúde*”, com base no vocabulário compreendido pelos pacientes durante a explicações desses dois itens. Os especialistas concordaram, de forma unânime, com sua substituição.

O item deve permitir ao indivíduo, sob avaliação, uma ação clara e precisa de sorte que possa ficar claro a ação realizada (PASQUALI, 1998). No que tange a linguagem de um bom instrumento de medida, destacam-se a objetividade e clareza, além disso, itens longos podem propiciar dispersão e tornar a leitura exaustiva, assim como instrumentos extensos (LEITE et al, 2018).

Boateng e colaboradores (2018) apresentam uma cartilha de melhores práticas para o desenvolvimento e validação de instrumentos de medida composta por três fases: desenvolvimento dos itens, desenvolvimento da escala e avaliação da escala. Na primeira fase, os pesquisadores reiteram como é fundamental que a população-alvo seja consultada, com o objetivo de conferir a aplicabilidade e viabilidade ao instrumento (BOATENG et al, 2018), através de suas necessidades e particularidades (LEITE et al, 2018).

Segue em Figura 3 o instrumento-piloto elaborado pelos especialistas sendo nomeado pelo grupo de **RES-IC 15 (Resiliência em Pacientes com IC-15 itens)**.

Figura 3 – RES-IC 15 (Instrumento-piloto) (continua)

Marque a alternativa que melhor se aplica a você, considerando o último mês. Não há respostas certas ou erradas, você deve responder conforme você reage em cada situação.					
Itens	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. Tenho ao menos uma pessoa próxima que me ajuda no meu tratamento.					
2. Quando fico cansado ou com falta de ar, costumo pedir ajuda a alguém ou procuro a um serviço de emergência.					

Figura 3 – RES-IC 15 (Instrumento-piloto) (conclusão)

3. Posso contar com profissionais de saúde que me ajudam a me tratar melhor.					
4. Tenho acesso a recursos como medicamentos, consultas e exames que preciso para meu tratamento dar certo.					
5. Os profissionais de saúde me escutam com atenção quando não estou me sentindo bem.					
6. Me sinto feliz quando tenho controle do meu tratamento					
7. Procuo fazer algo bom pra minha saúde todos os dias para me sentir melhor.					
8. Consigo mudar minha rotina do dia a dia, se for pra ter melhor controle no meu tratamento.					
9. Fico orgulhoso de mim quando sigo as recomendações dos profissionais de saúde.					
10. Passo a maior parte do tempo fazendo coisas que valem a pena e me fazem sentir bem.					
11. Faço o melhor que posso para mim, porque eu mereço e quero viver bem.					
12. Não me entrego quando fico cansado ou com falta de ar, procuro compreender o que está acontecendo e tento resolver.					
13. Eu me mantenho firme mesmo quando fico desanimado por não conseguir fazer as atividades como antes.					
14. Acredito que momentos difíceis no meu tratamento vão passar e logo tudo ficará bem.					
15. Consigo me recuperar de um momento estressante do meu tratamento sem grandes dificuldades.					

Fonte: A autora, 2023.

Ao refletir sobre a dimensionalidade teórica para elaboração da RES-IC 15, houve um alicerce na compreensão do conceito de resiliência e na construção das definições constitutivas e operacionais, ou seja, na definição dos itens que melhor representam o constructo.

Segundo Medeiros et al (2015), as definições constitutivas estão relacionadas ao conceito, na definição do termo propriamente dita, já as definições operacionais, correspondem a definição do termo através do comportamento no qual o constructo se expressa.

Para maior compreensão acerca das definições operacionais, há de se refletir sobre as mais evidentes vulnerabilidades pertencentes ao paciente com IC crônica e, com isso, facilitar a identificação dos possíveis comportamentos resilientes diante dessas vulnerabilidades. A partir daí, fica mais claro os comportamentos resilientes que devem compor o instrumento.

Cestari e colaboradores (2021) acrescentam que a análise das vulnerabilidades dos pacientes com IC traz uma releitura das particularidades no seguimento, que poderá orientar cuidados individualizados, centrado no doente. Na pesquisa, foi analisado a validação dos marcadores, onde foram observadas as dimensões da pessoa humana, das copresenças e do cuidado.

Na primeira dimensão, foram incluídos marcadores como resolução de problemas, autoeficácia, aceitação da doença e autogestão; na segunda foi o suporte para autonomia e suporte instrumental; na terceira foram as internações hospitalares, o acesso e a confiança nos serviços de saúde. Os marcadores estão presentes, frequentemente, nas fases de maior complexidade no seguimento dos pacientes com IC e precisam ser considerados, pois podem influenciar na resiliência.

No instrumento de mensuração, elaborado na presente pesquisa, os domínios e seus respectivos itens consideraram os marcadores de vulnerabilidade de forma integrada e objetiva, o que corrobora com os identificados e validados recentemente pela população.

Ao refletir sobre as vulnerabilidades, um ponto relevante identificado na literatura é a relação de sintomas depressivos com baixa resiliência no tratamento da IC. Uma recente pesquisa, evidenciou que pacientes mais resilientes possuem menos sintomas depressivos (ROCHA et al, 2022) e que os indícios estão mais relacionados a doentes hospitalizados do que ambulatoriais, além da piora nos escores de qualidade de vida (TINOCO et al, 2021). Neste contexto, foi achado de

suma importância a aplicabilidade de outros questionários de medida em conjunto com a enquete de avaliação da resiliência, como perguntas de avaliação de sintomas depressivos, qualidade de vida, espiritualidade ou qualquer outra que possa ser possível interferir na análise eficaz feita nesses pacientes.

O alicerce teórico baseado na *Scoping Review*, contribuiu para melhor compreensão do conceito de resiliência, desde sua origem até chegar ao conceito atual do constructo, além da identificação das escalas vigentes de mensuração. Segundo Cordeiro e Soares (2019), a revisão de escopo é apropriada para examinar estudos para tomada de decisão também no campo teórico-metodológico, a partir de mapeamento de teorias e metodologias que devem informar pesquisadores. Já na perspectiva das escalas de medida identificadas na *Scoping Review*, Coluci, Alexandre e Milani (2015) apontam que as escalas de medida, sejam nacionais ou internacionais, é de grande valia, uma vez que seus itens já foram testados quanto a qualidade psicométrica.

Na *Scoping Review*, a *Brief Resilience Scale* (BRS), foi testada em 1.171 indivíduos obtendo confiabilidade satisfatória, evidenciada pelo valor do α de Cronbach de 0,76 (COELHO et al, 2016), enquanto a Connor-Davidson (LOPES; MARTINS, 2011) e a *Dispositional Resilience Scale* (SOLANO, 2016), foram de 0,82 e 0,93, respectivamente. As escalas de avaliação da resiliência identificadas e em uso no cenário científico, sem dúvidas nortearam a condução da elaboração do RES-IC 15. Entretanto, houve um cuidado minucioso por parte dos especialistas na seleção dos domínios e itens constituintes do instrumento.

Uma crítica apontada pelos especialistas, que elaboraram o RES-IC 15, foi sobre as escalas de Wagnild e Young e Connor-Davidson, no uso do termo “**coisas**” em seus itens, o que pode gerar interpretações diversificadas e, sobretudo, equivocadas do real sentido do item. Exemplos são os itens 4 e 15 da escala de Wagnild e Young (PESCE et al, 2005): 4. “Eu mantenho o interesse nas **coisas**” e 15. “Manter o interesse nas **coisas** é importante pra mim”. Ou como apresentado na escala de Connor-Davidson (SOLANO, 2016) em seus itens 6 e 9, respectivamente: “Eu tento ver o lado humorístico das **coisas** quando estou com problemas” e “Eu acredito que a maioria das **coisas** boas ou ruins acontecem por alguma razão”.

Leite e colaboradores (2018) reiteram a atenção na ambiguidade causada pelo uso de termos vagos em instrumentos de medida, o que representa um problema potencial relacionado com a linguagem, podendo resultar na inadequação

e imprecisão das respostas. Um contraponto interessante entre as duas escalas, Wagnild e Young e Connor-Davidson, é que a primeira contém itens que contemplam o quão competente é um indivíduo frente as adversidades, evidenciadas nos itens: “Eu normalmente lido com os problemas de uma forma ou de outra”; “Eu sinto que posso lidar com várias coisas ao mesmo tempo”; “Quando eu estou numa situação difícil, eu normalmente acho uma saída” (PESCE et al, 2005). Esses itens expressam autossuficiência e não elucida a necessidade de uma rede de apoio que possa contribuir no restabelecimento de uma pessoa em situação adversa.

Já na escala de Connor-Davidson, há claramente um olhar ampliado que considera não apenas o indivíduo, mas a rede de apoio. Podemos evidenciar isso nos itens: “Eu tenho pelo menos um relacionamento próximo e seguro com alguém que me ajuda quando estou nervoso” e “Nos momentos difíceis ou de crise, eu sei onde procurar ajuda” (SOLANO, 2016). Para a construção da RES-IC 15, os especialistas decidiram incluir o domínio “rede de apoio” aos pacientes com IC, por entendê-lo como essencial, pois muitas vezes os doentes sentem-se vulneráveis e dependentes, sendo a presença de um familiar, amigo, cuidador ou profissional de saúde, fonte de apoio e segurança, uma prova de que não está só, aumentando suas expectativas que o tratamento vai ser conduzido da melhor maneira. Esse consenso entre os especialistas corrobora com a afirmativa de Tinoco et al (2021), onde descrevem que a presença de um cuidador (rede de apoio) é importante para que haja maior esclarecimento sobre a conduta terapêutica.

A rede de apoio também pode ser afetada diante da convivência com pacientes com doenças crônicas. Uma pesquisa transversal teve como objetivo avaliar a resiliência, através da escala de Wagnild & Young, em 98 indivíduos com doenças crônicas e seus respectivos cuidadores. Diferente do esperado, constatou-se um maior escore, quando comparado aos seus cuidadores (VASCONCELOS et al, 2019). As possíveis barreiras incluem: a alta demanda de atividades, as dificuldades no manejo do tratamento, as respostas emocionais e a saúde pessoal. Os entrevistados apontam as motivações para o cuidado e as estratégias de enfrentamento como sendo facilitadores (BRÉMAULT-PHILLIPS et al, 2016). Apesar da pesquisa considerar a necessidade de uma rede de apoio ao paciente com IC crônica, os especialistas não perderam de vista a importância de avaliar o indivíduo no controle das suas ações e na sua competência para enfrentar as adversidades,

conforme evidenciado nos domínios “controle” e “autoeficácia”, constituintes do RES-IC 15.

Sendo assim, os especialistas compreendem que, para que o paciente com IC estabeleça comportamentos resilientes, é necessária uma rede de apoio, independente das características deste que o representa, dada a condição instável e crônica, precisa de controle sobre a própria saúde. Além da autoeficácia, que é o senso de competência diante do enfrentamento da doença e certamente de aceitação positiva as mudanças, essencial para uma postura resiliente e característica peculiar atrelado ao conceito atual do constructo.

Um pressuposto básico quando se elabora uma escala de medida é: qualquer comportamento é influenciado por atributos latentes, ou seja, fenômenos subjacentes a conduta observada. Ao medirem os desempenhos (itens), que são a representação física do traço latente, estão medindo o seu próprio (PASQUALI, 2009).

Os comportamentos observados na aplicação da escala são apenas potenciais indicadores do fenômeno em questão (SOLANO, 2016 apud DE VELLIS, 2003; PASQUALI, 2000). A partir desse contexto, os desempenhos apresentados pelos pacientes com IC nas respostas de uma escala de medida como a RES-IC 15, podem ser indicadores de uma conduta resiliente, fator protetor importante no alcance de resultados positivos em saúde.

Vale ressaltar que a resiliência não é um constructo adquirido e, para isso, é essencial o envolvimento das instituições e dos profissionais da saúde para tal promoção, desfocando a abordagem da doença e do tratamento apenas para o aspecto biomédico (ROCHA et al, 2022).

5.2 Resultados e discussões sobre as evidências de validade e confiabilidade do RES-IC 15

Para que atingisse o segundo objetivo específico da presente tese, uma vez elaborado o RES-IC 15 (Instrumento-piloto), este foi submetido e disponibilizado aos especialistas via *link* para dar início ao processo de evidência de validade de conteúdo. Analisando se os componentes do instrumento estão relacionados aos

atributos a serem mensurados (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2019).

Participaram da avaliação do RES-IC 15, dezesseis especialistas que avaliaram 15 itens quanto a relevância, objetividade, compreensão e coerência, com opções de resposta por meio da escala *Likert* de 5 pontos. O que corresponde a **primeira rodada** de opiniões, segundo o método proposto por Delphi. O instrumento disponibilizado aos especialistas está disponível no Apêndice B.

Os resultados da **primeira rodada do RES-IC 15** foram arquivados em um documento da *Microsoft Excel* gerado pelo *Google Docs*®. A ferramenta utilizada é sem dúvida um recurso moderno que facilita a coleta e o recebimento dos dados de forma segura e sistemática, gerando uma planilha com os resultados. Esta tem sido usada em vários estudos onde se objetiva coletar dados de especialistas (ALVIM; GAZZINELLI; BICALHO et al, 2022; COUTO, 2021; LENHANI, 2019; SILVA, 2017).

Segue abaixo a Tabela 1 com as características dos especialistas que participaram da primeira rodada desta pesquisa, descritos em frequência (f) e percentual (%):

Tabela 1 - Caracterização dos 16 especialistas na primeira rodada (continua)

Variáveis	f	%
Categoria Profissional		
Enfermeiro	7	43,9
Médico	4	25,0
Psicólogo	5	31,3
Idade		
20 a 30	3	18,8
31 a 40	5	31,3
41 a 50	6	37,6
51 a 60	1	6,3
Acima de 61	1	6,3
Estado e cidade onde trabalha atualmente		
Amazonas/Manaus	1	6,3
Distrito Federal/Brasília	1	6,3
Pernambuco/Recife	1	6,3
Rio de Janeiro/Rio de Janeiro	3	18,8
Rio de Janeiro/Niterói	4	25,0
Rio de Janeiro/Três Rios	1	6,3
Rio de Janeiro/Araruama	1	6,3
Rio de Janeiro/São Gonçalo	1	6,3
Rio Grande do Sul/Eldorado do Sul	1	6,3
Rio Grande do Sul/Porto Alegre	1	6,3
São Paulo/São José dos Campos	1	6,3

Tabela 1 – Caracterização dos 16 especialistas da primeira rodada (conclusão)

Variáveis	f	%
Tempo de formação profissional (em anos)		
Entre 1 e 5 anos	3	18,8
Entre 6 e 10 anos	2	12,5
Entre 11 e 15 anos	3	18,8
Entre 16 e 20 anos	4	25,0
Entre 21 e 25 anos	1	6,3
Acima de 26 anos	3	18,8
Tempo de atuação na área da Insuficiência Cardíaca (em anos)		
Entre 1 e 5 anos	4	25,0
Entre 6 e 10 anos	4	25,0
Entre 11 e 15 anos	4	25,0
Entre 16 e 20 anos	1	6,3
Entre 21 e 25 anos	2	12,5
Acima de 26 anos	1	6,3
Formação*		
Especialização	6	37,6
Mestrado	9	56,3
Doutorado	4	25,0
Pós-doutorado	1	6,3
Ocupação atual*		
Assistencial	12	75,2
Ensino	7	43,9
Pesquisa	8	50,0
Coordenação	1	6,3
Gestão	1	6,3
Instituição de trabalho atual*		
Pública	10	62,6
Privada	11	68,9
Filantrópica	1	6,3

NOTA: *A somatória ultrapassa acima de 100%, pois há especialistas que se encaixam em mais de um campo.

Fonte: A autora, 2023.

A escolha das categorias profissionais para contribuir na validação do RES-IC 15, se justifica por serem o grupo que mais lida com os altos e baixos da doença e direciona os pacientes nos períodos de descompensação da IC. Esses especialistas estão, constantemente, junto ao doente nos momentos críticos de agudização da doença em que fatores protetores, como a resiliência, são recursos significativos para o alcance do sucesso terapêutico. E não somente nesses períodos, mas, principalmente, no acompanhamento nas clínicas de IC, onde pode impulsionar o enfermo para adesão ao tratamento farmacológico e não farmacológico.

Vale ressaltar que foi obtido a representatividade de peritos de todas as regiões do país, o que pode ter sido facilitado por uma seleção de amostra por conveniência. Os especialistas participaram na construção do RES-IC 15,

contribuindo de forma minuciosa e extremamente enriquecedora em cada item, o que colabora para a construção de um instrumento elaborado sob diferentes realidades no atendimento a pacientes com IC no país. Participaram profissionais do Norte (Amazonas), Sul (Rio Grande do Sul), Centro-Oeste (Distrito Federal), Nordeste (Pernambuco) e Sudeste (Rio de Janeiro e São Paulo), atuantes em instituições públicas e privadas nesses estados.

Dentro das sugestões de Pasquali (2010), a pesquisa atende a recomendação no quantitativo de especialistas (6 a 20) e no quantitativo mínimo por categoria profissional (3 por área). De acordo com Marques e Freitas (2018), a seleção dos profissionais é fundamental, pois grupos heterogêneos produzem tendencialmente soluções de maior qualidade e aceitação, sendo importante que o painel de especialistas seja equilibrado entre imparcialidade e interesse no assunto, sendo variado em termos de experiência profissional, área profissional e perspectivas em relação a problemática. Outra característica importante identificada é a formação profissional, onde 56,3% referiram possuir mestrado e 25% doutorado. Além disso, 75,2% relataram atuar na assistência a pacientes com IC e 50% como pesquisadores.

O alto nível profissional dos especialistas na formação acadêmica e na compreensão da importância da pesquisa científica, é de fato, um fator positivo que agrega no detalhamento e especificidades das sugestões do questionário de avaliação, como foi observado no resultado da primeira rodada. A literatura destaca que ao selecionar especialistas para a avaliação de um instrumento, deve-se considerar a experiência clínica, publicações sobre a temática em questão e ser perito na área, além da inclusão de pessoas leigas, especialmente relacionadas com a população de estudo (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). No entanto, Marques e Freitas (2018) sinalizam que elevado grau de especialidade não é obrigatório, mas é significativo em algumas avaliações específicas, cabe ao pesquisador compreender o perfil dos profissionais necessários para o cumprimento da tarefa.

Ainda sobre os critérios utilizados para a seleção dos profissionais, Melo et al (2011) ressaltam que parece ser mais adequado ser estabelecido critérios próprios a partir do interesse e peculiaridades de cada trabalho e não utilizar uma padronização nos critérios de seleção. Na pesquisa de Alvim, Gazzinelli e Couto (2021), objetivou-se construir e validar um instrumento de avaliação dos programas de controle de infecção hospitalar. Participaram dez peritos, selecionados por critérios próprios, de

interesse e relevância para a pesquisa como, especialistas em Epidemiologia e Infecção hospitalar, sendo esta, a maior titulação acadêmica.

Em um estudo de revisão de literatura publicado por Melo e colaboradores (2011), o objetivo foi identificar os critérios utilizados para a seleção dos especialistas nas pesquisas sobre validação de diagnóstico, intervenções e resultados de enfermagem. Houve várias adaptações nas restrições para seleção dos especialistas. As principais foram: ter mestrado em qualquer área, não somente na área da Enfermagem; não era obrigatório ter doutoramento e nem a publicação de artigos sobre a temática proposta, porém, era necessário ter tempo de experiência na área, variando a partir de um ano, entre outros. Sendo assim, os estudos estabeleciam critérios próprios, segundo o perfil de especialistas que pudessem responder, com segurança e domínio, os itens do instrumento a ser validado.

Referente ao uso da escala Likert utilizada na pesquisa, esta foi introduzida por Rensis *Likert* em 1932 e até hoje é amplamente utilizada em áreas distintas, como a das ciências sociais, saúde, humanas, etc. A escala *Likert* tem como um dos objetivos, facilitar os respondedores e otimizar o tempo de resposta, para isso, os participantes passam por quatro fases: interpretação do item, acesso aos pensamentos e sentimentos relevantes, formulação de um julgamento baseado no mesmo e seleção de uma resposta. As escalas de três pontos é menos confiável e precisa, apesar de ter rápida resposta; a de sete pontos, extensa e cansativa, enquanto a de cinco pontos mostrou-se mais adequada (BOATENG et al, 2018; DALMORO; VIEIRA, 2013).

A escala *Likert* é o método mais simples e rápido para a obtenção de respostas, sendo amplamente utilizada em diversos estudos de validação de instrumentos de medida (ARAÚJO et al, 2019; HOLANDA et al, 2018; LENHANI, 2019; MOREIRA, BORGES, 2020; SILVA, 2017; SOUZA). Cabe ressaltar que, ao final de cada avaliação, fornecida pelos especialistas, havia um espaço em aberto para o profissional realizar suas observações, sugestões ou críticas. Apesar do questionário da primeira rodada ser majoritariamente de respostas fechadas, é fundamental que haja espaço para os peritos comentarem, sugerirem alterações, argumentarem a favor de suas posições (MARQUES; FREITAS, 2018).

Para a implementação das rodadas de avaliação dos especialistas, o método Delphi tem sido amplamente empregado em várias pesquisas para obtenção de

evidências de validação de conteúdo, por ser um método que permite reunir um conjunto de opiniões de profissionais, separados geograficamente, mas levando a resultados consistentes sobre temáticas de alta complexidade e amplitude (MARQUES; FREITAS, 2018). Os exemplos de pesquisas de construção e aprovação de instrumento de medida que utilizaram o método Delphi são: a Avaliação da Competência Profissional do Enfermeiro em Emergências (HOLANDA et al, 2018), o dispositivo de passagem de caso em unidades pediátricas (SILVA, 2017), o dispositivo para avaliar a qualidade de viver do paciente em quimioterapia paliativa (LENHANI, 2019) e o dispositivo para análise da qualidade dos programas de controle de infecção (ALVIM; GAZZINELLI; COUTO, 2021), todas desenvolvidas por enfermeiros. Quanto a produção de evidências de validade de conteúdo, segue abaixo a Tabela 2 com os valores do I-IVC e do S-IVC obtidos nesta primeira rodada:

Tabela 2 – Distribuição dos itens classificados segundo a escala *Likert* de cinco pontos conforme concordância entre os 16 especialistas que participaram da primeira rodada (continua)

ITEM	Crítérios de avaliação	f (I-IVC <i>Likert</i> 4 e 5)	f (I-IVC <i>Likert</i> 1, 2 e 3)
1.Tenho ao menos uma pessoa próxima que me ajuda no meu tratamento.	Relevância	16 (1,00)	0 (0,00)
	Objetividade	16 (1,00)	0 (0,00)
	Compreensão	16 (1,00)	0 (0,00)
	Coerência	16 (1,00)	0 (0,00)
2.Quando fico cansado ou com falta de ar, costumo pedir ajuda a alguém ou procuro um serviço de emergência.	Relevância	16 (1,00)	0 (0,00)
	Objetividade	16 (1,00)	0 (0,00)
	Compreensão	16 (1,00)	0 (0,00)
	Coerência	16 (1,00)	0 (0,00)
3.Posso contar com profissionais de saúde que me ajudam a me tratar melhor.	Relevância	16 (1,00)	0 (0,00)
	Objetividade	16 (1,00)	0 (0,00)
	Compreensão	16 (1,00)	0 (0,00)
	Coerência	16 (1,00)	0 (0,00)
4.Tenho acesso a recursos como medicamentos, consultas e exames que preciso para meu tratamento dar certo.	Relevância	16 (1,00)	0 (0,00)
	Objetividade	16 (1,00)	0 (0,00)
	Compreensão	16 (1,00)	0 (0,00)
	Coerência	16 (1,00)	0 (0,00)
5.Os profissionais de saúde me escutam com atenção quando não estou me sentindo bem.	Relevância	16 (1,00)	0 (0,00)
	Objetividade	16 (1,00)	0 (1,00)
	Compreensão	16 (1,00)	0 (0,00)
	Coerência	16 (1,00)	0 (0,00)

Tabela 2 – Distribuição dos itens classificados segundo a escala *Likert* de cinco pontos conforme concordância entre os 16 especialistas que participaram da primeira rodada (conclusão)

ITEM	Crítérios de avaliação	f (I-IVC Likert 4 e 5)	f (I-IVC Likert 1, 2 e 3)
6.Me sinto feliz quando tenho controle do meu tratamento.	Relevância	14 (0,88)	2 (0,13)
	Objetividade	15 (0,94)	1 (0,06)
	Compreensão	16 (1,00)	0 (0,00)
	Coerência	16 (1,00)	0 (0,00)
7.Procuro fazer algo bom pra minha saúde, todos os dias, para me sentir melhor.	Relevância	14 (0,88)	2 (0,13)
	Objetividade	13 (0,81)	3 (0,19)
	Compreensão	14 (0,88)	2 (0,13)
	Coerência	15 (0,94)	1 (0,06)
8.Consigo mudar minha rotina do dia a dia, se for pra ter melhores resultados no meu tratamento.	Relevância	16 (1,00)	0 (0,00)
	Objetividade	16 (1,00)	0 (0,00)
	Compreensão	16 (1,00)	0 (0,00)
	Coerência	13 (0,81)	3 (0,19)
9.Fico orgulhoso de mim quando sigo as recomendações dos profissionais de saúde	Relevância	16 (1,00)	0 (0,00)
	Objetividade	16 (1,00)	0 (0,00)
	Compreensão	16 (1,00)	0 (0,00)
	Coerência	16 (1,00)	0 (0,00)
10.Passo a maior parte do tempo fazendo coisas que valem a pena e me fazem sentir bem.	Relevância	14 (0,88)	2 (0,13)
	Objetividade	14 (0,88)	2 (0,13)
	Compreensão	15 (0,94)	1 (0,06)
	Coerência	15 (0,94)	1 (0,06)
11.Faço o melhor que posso para mim, porque eu mereço e quero viver bem.	Relevância	15 (0,94)	1 (0,06)
	Objetividade	16 (1,00)	0 (0,00)
	Compreensão	16 (1,00)	0 (0,00)
	Coerência	15 (0,94)	1 (0,06)
12.Não me entrego quando fico cansado ou com falta de ar, procuro compreender o que está acontecendo e tento resolver.	Relevância	14 (0,88)	2 (0,13)
	Objetividade	16 (1,00)	0 (0,00)
	Compreensão	16 (1,00)	0 (0,00)
	Coerência	14 (0,88)	2 (0,13)
13. Eu me mantenho firme mesmo quando fico desanimado por não conseguir fazer as atividades como antes.	Relevância	15 (0,94)	1 (0,06)
	Objetividade	15 (0,94)	1 (0,06)
	Compreensão	15 (0,94)	1 (0,06)
	Coerência	15 (0,94)	1 (0,06)
14.Acredito que momentos difíceis no meu tratamento vão passar e logo tudo ficará bem.	Relevância	15 (0,94)	1 (0,06)
	Objetividade	16 (1,00)	0 (0,00)
	Compreensão	16 (1,00)	0 (0,00)
	Coerência	15 (0,94)	1 (0,06)
15.Consigo me recuperar de um momento estressante do meu tratamento sem grandes dificuldades.	Relevância	15 (0,94)	1 (0,06)
	Objetividade	14 (0,88)	2 (0,13)
	Compreensão	16 (1,00)	0 (0,00)
	Coerência	15 (0,94)	1 (0,06)

Índice de Validade de Conteúdo Total (S-IVC) = 0,96

Em relação a primeira rodada, os 16 especialistas avaliaram 60 tópicos, considerando os quatro critérios de avaliação: relevância, objetividade, compreensão e coerência de cada um dos 15 itens. O critério RELEVÂNCIA, para a avaliação do item, foi considerado existente quando era reconhecido como relevante para ser analisado na população-alvo; a OBJETIVIDADE, para quando as informações contidas no item eram apresentadas de forma clara e objetiva; a COMPREENSÃO, para quando o item continha termos simples e de fácil entendimento para a população-alvo; a COERÊNCIA, para quando o item era considerado formulado por palavras que refletiam o domínio avaliado (ex. "Redes de Apoio").

Pasquali (2010) enfatiza o cuidado ao se elaborar itens de um instrumento, este deve ser claro, objetivo, facilmente compreendido e de suma relevância para o que pretende medir. Todos os 15 itens avaliados pelos especialistas obtiveram o I-IVC $>0,78$, o que é considerado aceitável para validação do item (YUSOFF, 2019). O valor médio de I-IVC mais baixo e mais alto, foram, respectivamente, 0,81 e 1,00. O item 7 no critério objetividade e o item 8 no critério coerência, foram os itens de menor valor com um I-IVC. E quanto a concordância de todos os itens do instrumento avaliado, foi obtido um S-IVC = 0,96, também acima da média.

O cálculo do IVC é amplamente utilizado em pesquisas de evidências de validade de conteúdo, sobretudo desenvolvidas por enfermeiros. Em uma pesquisa, que objetivou a construção de um *checklist* de mobilização do paciente crítico, contendo 24 itens, foi avaliado o IVC entre as respostas dos seis especialistas selecionados, obtendo um que variou de 0,83 a 1,00 e um S-IVC=0,96 (SILVA, 2014).

Em outra pesquisa, que desenvolveu um instrumento para validação de aparência de tecnologias educacionais em saúde, ou seja, o quanto a representação estética de uma tecnologia educativa se harmonizou com o conteúdo das informações, obteve um IVC que variou entre 0,77 (apenas 1 item) a 1,00, com base nas respostas de nove especialistas (SOUZA; MOREIRA; BORGES, 2020).

Já na pesquisa conduzida por Alvim, Gazzinelli e Couto (2021), que objetivou a construção e validação de um instrumento de avaliação dos programas de controle de infecção hospitalar, obteve uma variação de IVC de 0,77 e 1,00 obtido através das respostas de dez especialistas.

Quanto a RVC, Lawshe elaborou um painel da proporção mínima de especialistas necessários para a razão de validade de conteúdo ser satisfatória (AYRE;

SCALLY, 2014). Considerando que na pesquisa foram incluídos 16 especialistas, faz-se necessário, no mínimo, 12 especialistas para obtenção da RVC crítico, que deve ser $>0,50$. Tais especialistas devem concordar totalmente com os critérios do item em questão, ou seja, que o considerem como essencial. Segue na Tabela 3, os valores do RVC de cada critério avaliado em cada item:

Tabela 3 – Cálculo da Razão de Validade de Conteúdo da Primeira Rodada (continua)

Item	Critérios de Avaliação	Nº especialistas em Concordância Total (Likert 5) = Essencial	RVC
1	Relevância	16	1,00
	Objetividade	15	0,87
	Compreensão	15	0,87
	Coerência	14	0,75
2	Relevância	13	0,62
	Objetividade	14	0,75
	Compreensão	14	0,75
	Coerência	12	0,53
3	Relevância	14	0,75
	Objetividade	13	0,62
	Compreensão	14	0,75
	Coerência	15	0,87
4	Relevância	15	0,87
	Objetividade	14	0,75
	Compreensão	15	0,87
	Coerência	14	0,75
5	Relevância	14	0,75
	Objetividade	12	0,53
	Compreensão	15	0,87
	Coerência	14	0,75
6	Relevância	11	0,37*
	Objetividade	12	0,53
	Compreensão	12	0,53
	Coerência	11	0,37*

Tabela 3 – Cálculo da Razão de Validade de Conteúdo da Primeira Rodada (continuação)

Item	Critérios de Avaliação	Nº especialistas em Concordância Total (Likert 5) = Essencial	RVC
7	Relevância	12	0,53
	Objetividade	13	0,62
	Compreensão	13	0,62
	Coerência	12	0,53
8	Relevância	14	0,75
	Objetividade	11	0,37*
	Compreensão	12	0,53
	Coerência	11	0,37*
9	Relevância	15	0,87
	Objetividade	15	0,87
	Compreensão	15	0,87
	Coerência	16	1,00
10	Relevância	11	0,37*
	Objetividade	13	0,62
	Compreensão	14	0,75
	Coerência	14	0,75
11	Relevância	14	0,75
	Objetividade	16	1,00
	Compreensão	16	1,00
12	Coerência	15	0,87
	Relevância	13	0,62
	Objetividade	13	0,62
	Compreensão	13	0,62
13	Coerência	14	0,75
	Relevância	14	0,75
	Objetividade	15	0,87
	Compreensão	14	0,75
14	Coerência	14	0,75
	Relevância	13	0,62
	Objetividade	14	0,75
14	Compreensão	15	0,87
	Coerência	13	0,62

Tabela 3 – Cálculo da Razão de Validade de Conteúdo da Primeira Rodada (conclusão)

Item	Critérios de Avaliação	Nº especialistas em Concordância Total (Likert 5) = Essencial	RVC
15	Relevância	12	0,53
	Objetividade	12	0,53
	Compreensão	13	0,62
	Coerência	12	0,53

Legenda: *Itens que não atingiram o RVC >0,5: 6, 8 e 10.

Fonte: A autora, 2023.

Como descrito anteriormente, de acordo com o modelo proposto por Lawshe, o valor mínimo da RVC, para descartar a hipótese de que os juízes podem estar respondendo aleatoriamente as perguntas, depende do número de juízes (AYRE; SCALLY, 2014; EILSON; PAN; SCHUMSKY, 2014). Os valores de CVR mínimos a 5% de probabilidade (Teste de significância bicaudal), foram considerados para determinar a evidência de validade de conteúdo de cada atributo de cada item (ALMANASREH; AYRE; SCALLY, 2014; MOLES; CHEN, 2019).

Diante dos resultados encontrados na tabela 3, foi evidenciado que a maioria dos resultados foram acima da RVC crítico (>0,50), como proposto pelo método Lawshe (AYRE; SCALLY, 2014; WILSON; PAN; SCHUMSKY, 2014). Entretanto, o item 6, nos critérios relevância e coerência; o item 8, nos critérios objetividade e coerência; o item 10, no critério relevância, não atingiram o RVC mínimo, todos atingiram uma RVC=0,37.

Os estudos psicométricos que utilizam o cálculo da RVC, vêm aumentando progressivamente em diferentes áreas da saúde, entre outras. No entanto, para obtenção de evidências de validade, ainda se utiliza mais o IVC, que é uma medida de menor confiabilidade quando comparada ao RVC que se diferencia por incluir apenas as concordâncias totais obtidas na análise de cada item.

Na pesquisa de Oliveira et al (2020), foram calculados o IVC e a RVC, considerando a participação de 20 especialistas, foi atingido uma RVC = 0,7 e 0,8,

nos diferentes domínios avaliados, para uma RVC crítico = 0,50. O objetivo da pesquisa foi desenvolver e validar o conteúdo e interface de um instrumento multidimensional para avaliar a manutenção da cadeia de frio de conservação de imunobiológicos, além de ter sido conduzida por enfermeiros.

Na pesquisa de Bicalho et al (2022), nutricionistas desenvolveram e validaram um instrumento de indicadores de desempenho para avaliação da gestão do Programa Nacional de Alimentação Escolar no contexto nacional. Os resultados da RVC variaram entre 0,08 e 1,00 em diferentes critérios analisados para um total de 13 especialistas. Foi necessária nova rodada de análise para atingir uma melhor RVC em itens que atingiram <0,50 (crítico para 13 avaliadores).

Pesquisas de adaptação transcultural de instrumento de medidas também tem utilizado o cálculo da RVC para as análises da validade de conteúdo. Em uma recente pesquisa, conduzida por enfermeiros, cujo objetivo foi realizar a revisão do estudo mencionado e avaliar as evidências de validade de conteúdo do questionário “*Cognitive Symptom Checklist-Work-21*” para o contexto brasileiro, obteve uma RVC mínima de 0,87 (ROCHA et al, 2023).

A presente tese, além de apresentar os resultados e a discussão das evidências de validade de conteúdo, também explorou e expôs a confiabilidade das respostas dos especialistas do respectivo instrumento RES-IC 15. Em uma cartilha, as melhores práticas para o desenvolvimento e validação dos dispositivos de medida, item e escala, é a validação da escala. E no que diz respeito a dos especialistas, é recomendado o uso da Técnica Delphi e a comprovação da estatística através do cálculo do IVC e *Alpha de Cronbach* (BOATENG et al, 2018).

A análise de confiabilidade, isto é, consistência interna, foi analisada através do índice de *Alpha de Cronbach*. Explorando as avaliações, pode-se observar na Tabela 4 que a média variou de 4,3 a 5,0, destacando que os especialistas deram o parecer, em maior frequência, as opções de resposta categórica entre “concordo parcialmente” e “concordo totalmente”, de cada questão. Vale ressaltar, que os valores mínimos abaixo de 4 foram para alguns e não alterou expressivamente a média, nem a variância de cada um. Ao analisar a concordância das conclusões dos avaliadores, sobre todos os subitens do instrumento, foi observado uma concordância satisfatória ($\alpha = 0,82$).

Tabela 4. Análise descritiva de cada subitem explorado pelo índice de *Alpha de Cronbach* (continua)

Item e Subitem	N	Média	Variância	Mínimo	Máximo	Soma
1.Tenho ao menos uma pessoa próxima que me ajuda no meu tratamento						
Relevância	16	5,0	0,0	5,0	5,0	80,0
Objetividade	16	4,9	0,1	4,0	5,0	79,0
Compreensão	16	4,9	0,1	4,0	5,0	79,0
Coerência	16	4,9	0,1	4,0	5,0	78,0
2.Quando fico cansado ou com falta de ar, costumo pedir ajuda a alguém ou procuro um serviço de emergência						
Relevância	16	4,8	0,2	4,0	5,0	77,0
Objetividade	16	4,9	0,1	4,0	5,0	78,0
Compreensão	16	4,9	0,1	4,0	5,0	78,0
Coerência	16	4,8	0,2	4,0	5,0	76,0
3.Posso contar com profissionais de saúde que me ajudam a me tratar melhor						
Relevância	16	4,9	0,1	4,0	5,0	78,0
Objetividade	16	4,8	0,2	4,0	5,0	77,0
Compreensão	16	4,9	0,1	4,0	5,0	78,0
Coerência	16	4,9	0,1	4,0	5,0	79,0
4.Tenho acesso a recursos como medicamentos, consultas e exames que preciso para meu tratamento dar certo						
Relevância	16	4,9	0,1	4,0	5,0	79,0
Objetividade	16	4,9	0,1	4,0	5,0	78,0
Compreensão	16	4,9	0,1	4,0	5,0	79,0
Coerência	16	4,9	0,1	4,0	5,0	78,0
5.Os profissionais de saúde me escutam com atenção quando não estou me sentindo bem						
Relevância	16	4,9	0,1	4,0	5,0	78,0
Objetividade	16	4,4	1,3	1,0	5,0	71,0
Compreensão	16	4,9	0,1	4,0	5,0	79,0
Coerência	16	4,9	0,1	4,0	5,0	78,0
6.Me sinto feliz quando tenho controle do meu tratamento						
Relevância	16	4,6	0,5	3,0	5,0	73,0
Objetividade	16	4,6	1,1	1,0	5,0	73,0
Compreensão	16	4,8	0,2	4,0	5,0	76,0
Coerência	16	4,7	0,2	4,0	5,0	75,0
7.Procuro fazer algo bom pra minha saúde todos os dias para me sentir melhor						
Relevância	16	4,6	0,5	3,0	5,0	74,0
Objetividade	16	4,6	0,9	2,0	5,0	73,0
Compreensão	16	4,6	1,1	2,0	5,0	73,0
Coerência	16	4,6	0,7	2,0	5,0	74,0
8.Consigo mudar minha rotina do dia a dia, se for pra ter melhores resultados no meu tratamento						
Relevância	16	4,9	0,1	4,0	5,0	78,0
Objetividade	16	4,7	0,2	4,0	5,0	75,0
Compreensão	16	4,8	0,2	4,0	5,0	76,0
Coerência	16	4,3	1,4	2,0	5,0	69,0

Tabela 4. Análise descritiva de cada subitem explorado pelo índice de *Alpha de Cronbach* (conclusão)

9.Fico orgulhoso de mim mesmo quando sigo as recomendações dos profissionais de saúde						
Relevância	16	5,0	0,0	5,0	5,0	80,0
Objetividade	16	4,9	0,1	4,0	5,0	79,0
Compreensão	16	4,9	0,1	4,0	5,0	79,0
Coerência	16	5,0	0,0	5,0	5,0	80,0
10.Passo maior parte do meu tempo fazendo coisas que valem a pena e me fazem sentir bem						
Relevância	16	4,4	1,1	2,0	5,0	71,0
Objetividade	16	4,5	1,5	1,0	5,0	72,0
Compreensão	16	4,8	0,6	2,0	5,0	76,0
Coerência	16	4,8	0,6	2,0	5,0	76,0
11.Faço o melhor que posso para mim mesmo, porque eu mereço e quero viver bem						
Relevância	16	4,8	0,6	2,0	5,0	76,0
Objetividade	16	5,0	0,0	5,0	5,0	80,0
Compreensão	16	5,0	0,0	5,0	5,0	80,0
Coerência	16	4,8	0,6	2,0	5,0	77,0
12.Não me entrego quando fico cansado ou com falta de ar, procuro compreender o que está acontecendo e tento resolver						
Relevância	16	4,6	0,8	2,0	5,0	74,0
Objetividade	16	4,8	0,2	4,0	5,0	77,0
Compreensão	16	4,8	0,2	4,0	5,0	77,0
Coerência	16	4,6	1,5	1,0	5,0	73,0
13. Eu me mantenho firme mesmo quando fico desanimado por não conseguir fazer as atividades como antes						
Relevância	16	4,8	0,6	2,0	5,0	76,0
Objetividade	16	4,8	0,6	2,0	5,0	77,0
Compreensão	16	4,8	0,6	2,0	5,0	76,0
Coerência	16	4,8	0,6	2,0	5,0	76,0
14.Acredito que momentos difíceis no meu tratamento vão passar e logo tudo ficará bem						
Relevância	16	4,7	0,6	2,0	5,0	75,0
Objetividade	16	4,9	0,1	4,0	5,0	79,0
Compreensão	16	4,9	0,1	4,0	5,0	79,0
Coerência	16	4,7	0,6	2,0	5,0	75,0
15.Consigo me recuperar de um momento estressante do meu tratamento sem grandes dificuldades						
Relevância	16	4,6	0,7	2,0	5,0	74,0
Objetividade	16	4,5	1,1	2,0	5,0	72,0
Compreensão	16	4,8	0,2	4,0	5,0	77,0
Coerência	16	4,7	0,6	2,0	5,0	75,0

Fonte: A autora, 2023.

Nos últimos quinze anos, tem aumentado consideravelmente o número de publicações de validação de instrumentos de medida na área da enfermagem, o que reflete a preocupação dos profissionais em elaborar instrumentos adequados, ou seja, válidos e confiáveis (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; ROMANOSKI, 2019). Ao consultar o portal *Scholar Google*, em junho de 2023, foi possível verificar

mais de 60.000 citações feitas ao artigo que lançou o coeficiente, que ficou academicamente conhecido como *Alpha de Cronbach* (1951), o que reflete um aumento expressivo quando comparado há treze anos (junho de 2010), descrito no estudo de Hora, Monteiro e Arica (2010). O *Alpha de Cronbach* tem sido utilizado para avaliar a consistência interna da maioria dos estudos de construção e validação de instrumentos de medida, sobretudo na análise da confiabilidade em muitos dispositivos que contém múltiplas respostas. Como as escalas do tipo *Likert*, cuja categoria apresenta resultados crescentes ou decrescentes de valores (ECHEVARRÍA-GUANILO; GONÇALVES; LENHANI, 2019; ROMANOSKI, 2019; SILVA, 2017; SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017).

Em uma pesquisa que construiu e validou um instrumento de Avaliação da Segurança do Paciente na Administração de Medicamentos, obteve um *Alpha de Cronbach* de 0,85 em seus 28 itens (ARAÚJO et al, 2019). Enquanto outra pesquisa obteve 0,94 em seus 13 itens de indicadores de desempenho elaborados (BICALHO et al, 2022), ambas atingindo alta confiabilidade em suas medidas. Para a avaliação psicométrica de duas das escalas mais utilizadas nas pesquisas científicas e validadas para a população brasileira acerca da mensuração da resiliência, a de Wagnild e Young (PESCE et al, 2005) e Connor-Davidson (SOLANO, 2016) utilizaram o *software* SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) para a análise estatística e o *Alpha de Cronbach* para avaliação da consistência interna do instrumento.

Com o intuito de atingir um consenso entre os especialistas acerca da obtenção de evidências de validade do RES-IC 15, uma **segunda rodada** foi realizada para a mesma proposta metodológica. Dentro deste contexto, pode-se modificar as orientações iniciais e o formato do instrumento, alterar ou rejeitar itens inadequados e até desenvolver novos itens (ALEXANDRE; COLUCI, 2011 *apud* GUILLEMIN et al, 1996). Participaram da nova fase 13 especialistas (seis enfermeiros, quatro psicólogos e três médicos), participantes também do ciclo anterior.

É importante salientar que, geralmente, no máximo metade das pessoas respondem ao primeiro contato e é comum alguns participantes desistirem no meio do processo de avaliação de um dispositivo, levando a redução do número de especialistas de sequência para sequência. Sendo assim, foi aconselhável começar com um grupo de profissionais de tamanho confortavelmente superior ao mínimo

que se quer atingir. Além disso, é de suma importância o comprometimento dos especialistas com a pesquisa, cumprindo os prazos e avaliando efetivamente o constructo (MARQUES; FREITAS, 2018). Na segunda rodada, os especialistas puderam optar por uma das três sugestões de itens reformulados, segundo as sugestões da fase anterior. E puderam descrever a frase que melhor caberia ao item em avaliação, caso julgassem necessário.

Foi deixado um espaço para que os especialistas pudessem redigir sugestões, para maior elucidação do item, ou fazer comentários que agregassem a elaboração (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Além disso, Coluci, Alexandre e Milani (2015), enfatizaram que os critérios de avaliação dos itens são relativos a área comportamental, onde os itens devem ser objetivos, simples, relevantes, evitando jargões, ambiguidades, termos vagos e termos que remetam juízo de valor.

Na segunda rodada, todos os itens que não atingiram um consenso entre os especialistas (itens 6, 8 e 10), foram reavaliados. Considerando as opiniões, sugestões e críticas descritas na fase anterior, foi sugerido tais itens reformulados para que os especialistas pudessem selecionar o que melhor contemplasse, ou ainda assim, descrevesse a inconsistência na elaboração, que ainda necessitasse de revisão. Segue no Quadro 4, o item na sua versão original, as sugestões propostas pelos especialistas na primeira rodada, os itens reformulados e sugeridos para a segunda fase de avaliação e o consenso obtido:

Quadro 4 – Item original, sugestões da primeira rodada e consenso da segunda rodada (continua)

Item original	Sugestões dos especialistas na 1ª rodada	Itens reformulados e sugeridos para a 2ª rodada de avaliação	Consenso na 2ª rodada
6. Me sinto feliz quando tenho controle do meu tratamento.	O termo “feliz” pode ser alterado para satisfeito ou responsável? Felicidade é um critério complexo tendo em vista que o tratamento pode incluir restrições. O termo “controle” deixa margem para dúvidas, talvez a palavra pudesse ser substituída por satisfeito/a; é sugerido especificar: “tomar medicações, seguir dieta adequada, reconhecer sinais e sintomas de descompensação da doença”.	Sugestão 1: Eu tenho controle do meu tratamento, segundo as orientações que recebo na clínica. Sugestão 2: Me sinto satisfeito quando sigo os cuidados recomendados com minha saúde. Sugestão 3: Me sinto satisfeito quando tomo as medicações, sigo a dieta adequada e percebo que sei reconhecer quando minha saúde não está bem.	Sugestão 3

Quadro 4 – Item original, sugestões da primeira rodada e consenso da segunda rodada (conclusão)

8. Consigo mudar minha rotina do dia a dia, se for para ter melhor controle no meu tratamento.	Eu tiraria o dia a dia. Se é rotina, é dia a dia, uma palavra ou outra. Poderia ajustar "rotina no dia a dia" por só "dia a dia" ou só "rotina". Difícil compreender o termo controle neste contexto.	<p>Sugestão 1: Consigo ajustar minha rotina, se for para ter melhor controle no meu tratamento..</p> <p>Sugestão 2: Consigo ajustar meu dia a dia, se for para ter melhor controle no meu tratamento</p> <p>Sugestão 3: Consigo ajustar minha rotina, se for para ter melhores resultados no meu tratamento.</p>	Sugestão 3
10. Passo a maior parte do tempo fazendo coisas que valem a pena e me fazem sentir bem.	Penso que "coisas que valem a pena" possa ter sentido diferente dependendo de cada indivíduo; essas "coisas" podem não ser, necessariamente, boas para a saúde e de acordo com o recomendado pela equipe de saúde; será que vale: "eu reservo um tempo do meu dia para fazer coisas que valem a pena e fazem me sentir bem?" A maior parte do tempo parece algo não realista. Penso que o item precisa ser mais específico, está muito amplo.	<p>Sugestão 1: Reservar parte do meu tempo fazendo coisas que são boas para minha saúde.</p> <p>Sugestão 2: Reservar parte do meu tempo para cuidar da minha saúde.</p> <p>Sugestão 3: Manter o foco no cuidado com minha saúde para me sentir melhor.</p>	Sugestão 2

Fonte: A autora, 2023.

Dos três itens reavaliados pelos 13 especialistas, após a escolha do melhor item reformulado, foram reanalisados os critérios relevância, objetividade, compreensão e coerência. Ao realizar o cálculo da RVC, foi possível constatar evidência de validade de conteúdo satisfatória (>0,50) dos respectivos itens reavaliados na segunda rodada. Segue a Tabela 5 com os cálculos da RVC dos três itens constituintes desta rodada:

Tabela 5 - Cálculo da Razão de Validade de Conteúdo da Segunda Rodada

Item reformulado	Crítérios de Avaliação	Nº especialistas em Concordância Total (Likert 5) =Essencial	RVC
6.Me sinto satisfeito quando tomo as medicações, sigo a dieta adequada e percebo que sei reconhecer quando minha saúde não está bem.	Relevância	13	1,00
	Objetividade	12	0,84
	Compreensão	13	1,00
	Coerência	11	0,69
8. Consigo ajustar minha rotina se for para ter melhores resultados no meu tratamento.	Relevância	13	1,00
	Objetividade	13	1,00
	Compreensão	12	0,84
	Coerência	13	1,00
10. Reservo parte do meu tempo para cuidar da minha saúde.	Relevância	12	0,84
	Objetividade	11	0,69
	Compreensão	13	1,00
	Coerência	13	1,00

Fonte: A autora, 2023.

Ao analisar a concordância das respostas dos 13 especialistas na segunda rodada, sobre todos os itens e seus critérios de avaliação do RES-IC 15, foi observado uma adesão alta na análise do *Alpha de Cronbach* ($\alpha = 0,89$). A Técnica Delphi é de grande utilidade na construção de instrumentos de medida, pois é possível envolver os participantes de forma mais intensa e interativa acerca na construção de um dispositivo, disponibilizando *feedback* e permitindo a oportunidade de reverem suas ideias e posicionamentos e, para além disso, criar uma oportunidade de crescimento intelectual (ROZADOS, 2015).

Cabe lembrar que a produção de evidências de validade de conteúdo de um instrumento de medida, possibilita aplicar na prática, assim como, avaliar o grau em que fornecem dados condizentes com a realidade. Daí a necessidade de se aplicar os dispositivos validados e, identificar com base nos resultados obtidos, o grau de sua legitimidade (POLIT; BECK, 2011). Diante das análises realizadas, segue em Figura 4, o RES-IC 15 em sua última versão. A elaboração e eficácia de escalas de medida é uma tarefa complexa, pois requer uma avaliação ampla dos constituintes teóricos, da expertise dos especialistas e, é claro, da aplicabilidade na população-alvo, além da análise psicométrica (PASQUALI, 2009).

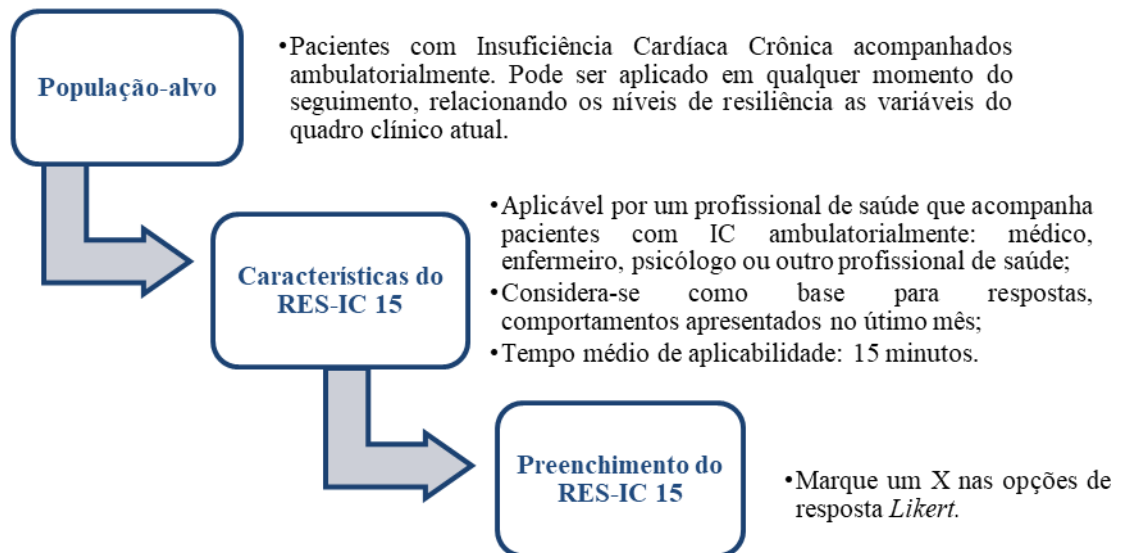
Figura 4 - Versão final do RES-IC 15

Marque com um X a alternativa que melhor se aplica a você, considerando o último mês . Não há respostas certas ou erradas, você deve responder conforme reage em cada situação.					
Itens	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. Tenho ao menos uma pessoa próxima que me ajuda no meu tratamento.					
2. Quando fico cansado ou com falta de ar, costumo pedir ajuda a alguém ou procuro um serviço de emergência.					
3. Posso contar com profissionais de saúde que me ajudam a me tratar melhor.					
4. Tenho acesso a recursos como medicamentos, consultas e exames que preciso para meu tratamento dar certo.					
5. Os profissionais de saúde me escutam com atenção quando não estou me sentindo bem.					
6. Me sinto satisfeito quando tomo as medicações, sigo a dieta adequada e percebo que sei reconhecer quando minha saúde não está bem.					
7. Procuro cuidar da minha saúde para ter melhores resultados no meu tratamento.					
8. Consigo mudar minha rotina, se for pra ter melhores resultados no meu tratamento.					
9. Fico orgulhoso de mim quando sigo as recomendações dos profissionais de saúde.					
10. Reservo parte do meu tempo para cuidar da minha saúde.					
11. Faço o melhor que posso para mim, porque eu desejo e quero viver com saúde.					
12. Sei que posso ficar cansado ou com falta de ar, mas tento resolver e manter o foco nos cuidados com minha saúde.					
13. Mesmo quando fico desanimado por não conseguir fazer as atividades como antes, eu não desisto.					
14. Sei que momentos difíceis no meu tratamento vão acontecer e que devo estar preparado para enfrentá-los.					
15. Consigo me recuperar de um momento estressante do meu tratamento com sucesso, mesmo em meio as dificuldades.					

Fonte: A Autora, 2023.

Para fins de aplicabilidade do RES-IC 15 na população-alvo, os especialistas formularam um esquema para direcionamento dos pesquisadores apresentado na Figura 5:

Figura 5 – Esquema para Aplicabilidade do RES-IC 15



Fonte: A autora, 2023.

A atribuição da pontuação, somatório dos pontos e definição do ponto de corte da escala serão analisadas posteriormente quando o instrumento for testado na população-alvo de forma multicêntrica e sistematizada. Os pesquisadores da tese acreditam que a RES-IC 15 possa contribuir para que os profissionais de saúde, que prestam cuidados a pacientes com IC em seguimento ambulatorial, considerem e mensurem a resiliência, de forma a compreendê-la como um fator protetor significativo para condução da pessoa, objetivando o alcance de melhores resultados, partindo do pressuposto que, quanto maior a resiliência, melhor o comportamento e o enfrentamento das situações adversas, comumente vivenciadas em uma doente.

O tratamento e seguimento dos pacientes deve considerar não só o tratamento farmacológico, mas o não farmacológico também, que pode ser otimizado por uma postura resiliente frente a IC. Para Ferretti-Rebustini (2023), os instrumentos de medida apoiam o processo de ensino-aprendizagem do enfermeiro, subsidiam sua avaliação clínica no que diz respeito ao Processo de Enfermagem e Prática Avançada, além de nortear o gerenciamento do cuidado e mensuração dos

fenômenos em pesquisas científicas. Os dispositivos que realmente avaliam os fenômenos de interesse em enfermagem e saúde com validade e precisão são essenciais para a qualidade do cuidado e segurança do paciente.

A presente Tese cumpre os objetivos que se propõe, entretanto, apresenta algumas limitações que devem ser consideradas e, mediante a estes aspectos, é sugerido algumas medidas plausíveis como:

1. Avaliar todas as medidas de mensuração da confiabilidade, não somente de consistência interna, mas também da estabilidade e da equivalência; é sugerido, para pesquisas futuras, que as etapas do processo de confiabilidade sejam realizadas de maneira efetiva;
2. A reprodutibilidade da versão final do instrumento na população-alvo, em diferentes regiões do Brasil, para validação do instrumento e liberação do uso no país.

CONCLUSÃO

Diante dos mais distintos instrumentos de medição da resiliência, indicados para diversos grupos populacionais, esta pesquisa cumpre seu objetivo de construir e validar um dispositivo de mensuração da resiliência, específico a doentes com IC, denominado RES-IC 15. Dada as peculiaridades do paciente cardiopata, sobretudo os que convivem com uma cardiopatia crônica de difícil manejo.

O processo de construção e validação do instrumento seguiu as fases metodológicas propostas por Pasquali, resultando em um objeto específico, com características teóricas conceituais, para direcionar os profissionais de saúde na avaliação da resiliência nesta população. A resiliência deve ser considerada na condução clínica por todos os profissionais que atendem esses pacientes, e não apenas psicólogos.

Para a enfermagem, pode ajudar a compreender o comportamento em saúde dos doentes, a direcionar o processo, a educação em saúde e a estabelecer estratégias para aumento da resiliência, almejando o alcance de resultados positivos no tratamento e qualidade de vida de pessoas com IC. Acredita-se que a apresentação didática e detalhada dos passos para validação pode auxiliar os pesquisadores na construção e legitimação de novos instrumentos de medida. Para pesquisas futuras, a pesquisadora pretende seguir na reprodutibilidade do RES-IC 15 de forma multicêntrica, abrangendo todas as regiões do país, com avaliação da estabilidade e equivalência do instrumento para liberação do uso de forma ampla.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, D. C. et al. I Registro Brasileiro de Insuficiência Cardíaca – Aspectos clínicos, qualidade assistencial e desfechos hospitalares. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v.104, n.6, p.433-442, abr. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/ckBGMzMpD5G739wNv8BQJkH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 29 dez. 2020.
- ALEXANDRE, N.M.C., GALLASCH, C.H., LIMA, M.H.M., RODRIGUES, R.C.M. Reliability in the development and evaluation of measurement instruments in the health field. **Rev Eletr Enferm.** 2013;15(3):802-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i3.20776>. Acesso em: 20 abr. 2022.
- ALMANASREH, E.; MOLES, R.; CHEN, T.F. Evaluation of methods used for estimating content validity. **Research in Social and Administrative Pharmacy** 15 (2019) 214–221. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2018.03.066>. Acesso em: 21 ago. 2023.
- ALVAREZ, J. S. et al. Association between Spirituality and Adherence to Management in Outpatients with Heart Failure. **Arq Bras Cardiol.** 2016; 106(6):491-501. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/abc/a/6YHRm6TMZv8PwWXNMQrdRRL/?lang=pt>. Acesso em: 20 abr. 2020.
- ALVIM, A.L.S, GAZZINELLI, A., COUTO, B.R.G.M. Construção e validação de instrumento para avaliação da qualidade dos programas de controle de infecção. **Rev Gaúcha Enferm.** 2021;42:e20200135. Disponível em: doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200135>. Acesso em: 14 ago. 2023.
- ANASTASI, A; URBINA, S. **Testagem Psicológica.** 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.
- ARAÚJO, P.R., LIMA, F.E.T., FERREIRA, M.K.M., OLIVEIRA, S.K.P., CARVALHO, R.E.F.L., ALMEIDA, P.C. Medication administration safety assessment tool: construction and validation. **Rev Bras Enferm.** 2019;72(2):329-36. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0340>. Acesso em: 10 ago. 2023.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (ABNT). **NBR 6023: Informação e documentação: Referências.** Rio de Janeiro, 2002.
- AYRE, C.; SCALLY, A.J. Critical Values for Lawshe’s Content Validity Ratio. **Measurement and Evaluation in Counseling and Development**, 2014, Vol. 47 (1), 79-86. Disponível em: DOI 10.1177/0748175613513808 Acesso em: 21 ago. 2023.
- BARLACH, L. **O que é resiliência humana? Uma contribuição para a construção do conceito.** 2005. 108 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005. Disponível em:

<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47134/tde-19062006-101545/pt-br.php>. Acesso em: 22 nov.2020.

BICALHO, D.; LIMA, T.M.; SANTOS, T.S.S.; SLATER, B. Development and validation of performance indicators of the National School Food Program management. **Ciência & Saúde Coletiva**, 27(1):335-349, 2022. Disponível em: DOI: 10.1590/1413-81232022271.35782020. Acesso em: 10 jul. 2023.

BOATENG, G. O. et al. Best Practices for Developing and Validating Scales for Health, Social and Behavioral Research: A Primer. **Front Public Health**. 2018; 6: 149. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6004510/>. Acesso em: 18 mar. 2021.

BRANDÃO, J. M. Resiliência: de que se trata? O conceito e suas imprecisões. 2009. 137 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais, 2009. Disponível em: https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/TMCB-7WYN7C/2/disserta__o_juliana_mendanha_brand_o.pdf. Acesso em: 20 out. 2020.

BRANDÃO, J. M; NASCIMENTO, E. Psychological resilience: from the first phase to trajectory-based approaches. **Memorandum**; 36: 1-31, jun. 2019. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1007221>. Acesso: 20 out. 2020.

BRÉMAULT-PHILLIPS S, PARMAR J, JOHNSON M, HUH A, MANN A, TIAN V, SACREY LA. The voices of family caregivers of seniors with chronic conditions: a window into their experience using a qualitative design. **Springerplus**. 2016;5(620). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27330886/>. Acesso em: 24 ago. 2023.

BÖELL J. E.W; SILVA D. M. G. V; HEGADOREN K. M. Sociodemographic factors and health conditions associated with the resilience of people with chronic diseases: a cross sectional study. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2016;24:e2786. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/VvwCdGRSxd4pSKWTZjyxdMm/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 19 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de Dados do Sistema Único de Saúde – DATASUS**. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/home/tabnet/>. Acesso em: 22 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário Temático Promoção da Saúde: Projeto de Terminologia da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/glossario_tematico_promocao_saude.pdf. Acesso em: 22 out. 2020.

BUCK H. G. et al. Predictors of hospitalization and quality of life in heart failure: A model of comorbidity, self-efficacy and self-care. **International Journal of Nursing Studies**, 52 (11), 1714-1722. Disponível em:

<https://repository.upenn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1193&context=nrs>. Acesso em: 25 out. 2020.

CARVALHO, I. G. et al. A. Anxiety, depression, resilience and self-esteem in individuals with cardiovascular diseases. **Rev. Latino-Am. Enfermagem** 2016;24:e2836. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692016000100432&script=sci_arttext&tlng=pt. Acesso em: 22 jun. 2020.

CARVALHO, V. D.; TEODORO, M. L. M.; BORGES, L. Escala de resiliência para adultos: aplicação entre servidores públicos. **Avaliação Psicológica**, 2014, 13(2), pp. 287-295. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v13n2/v13n2a16.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2021.

CESTARI, V. R. F.; FLORÊNCIO, R. S.; PESSOA, V. L. M. P.; MOREIRA, T. M. M. Validation of health vulnerability markers for people with heart failure. **REAS | Vol. 13(5) |** Disponível em: <https://doi.org/10.25248/REAS.e7282.2021>. Acesso em: 03 abr. 2023.

COELHO, G.L.H. et al. Brief Resilience Scale: Testing its factorial structure and invariance in Brazil. *Univ. Psychol. Bogotá, Colombia* V. 15 No. 2 PP. 397-408 abr-jun. 2016. Disponível em: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/view/12836>. Acesso: 21 mai. 2021.

COOK D.A.; BECKMAN T.J. Current concepts in validity and reliability for psychometric instruments: theory and application. *Am J Med.* 2006 Feb;119(2):166; Pittman J, Bakas T. Measurement and instrument design. **J Wound Ostomy Continence Nurs.** 2010 Nov-Dec;37(6):603-7). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16443422/>. Acesso em: 31 mai. 2023.

COLUCI M.Z O.; ALEXANDRE N. Content validity in the development and adaptation processes of measurement instruments. **Ciência & Saúde Coletiva** 16(7):3061-3068, 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/qTHcjt459YLYPM7Pt7Q7cSn/?format=pdf>. Acesso em: 10 abr. 2021.

COLUCI M. Z.O.; ALEXANDRE N. M. C.; MILANI D. Construction of measurement instruments in the area of health. **Ciênc Saúde Coletiva** 20(3):925-36, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00925.pdf> Acesso em: 20 abr. 2021.

COMITÊ COORDENADOR DA DIRETRIZ DE INSUFICIÊNCIA CARDÍACA. Diretriz Brasileira de Insuficiência Cardíaca Crônica e Aguda. **Arq Bras Cardiol.** 2018; 111(3):436-539. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2018/v11103/pdf/11103021.pdf>. Acesso em: 07 jan. 2021.

CORDEIRO, L; SOARES, CB. Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa. **Boletim do Instituto de Saúde - BIS**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 37-43, 2019. Disponível em:

<http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1021863/bis-v20n2-sintese-de-evidencias-qualitativas-37-43.pdf>. Acesso em: 13 jun. 2021.

CRONBACH, J. L. Coefficient alpha and the internal structure of tests. V. 16. No. 3, pp. 297-334, **Psychometrika**. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/bf02310555>. Acesso em: 10 set. 2022.

CUNHA CM, ALMEIDA NETO OP, STACKFLETH R. Main psychometric evaluation methods of measuring instruments reliability. **Rev Atenção Saúde**. 2016; 14(49): 98-103. doi: 10.13037/rbcs.vol14n49.3671. Acesso em: 23 abr.2023.

CYRULNIK, B. **Os Patinhos Feios**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.

DALMORO, M. VIEIRA, K.M. Dilemas na construção de escalas tipo *Likert*: o número de itens e a disposição influenciam nos resultados? RGO Revista Gestão Organizacional | vol. 6 - Edição Especial – 2013. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/2148822/mod_resource/content/1/Dalmoro_Vieira_2013_Dilemas-na-construcao-de-escal_31731.pdf. Acesso em: 10 mai. 2023.

ECHEVARRÍA-GUANILO, M.E.; GONÇALVES, N; ROMANOSKI, P. R. Propriedades psicométricas de instrumentos de medidas: Bases conceituais e Métodos de Avaliação – Parte I. **Texto & Contexto Enfermagem** 2019, v. 28: e20170311. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-tce-2017-0311>. Acesso em: 27 abr. 2023.

FERRETTI-REBUSTINI, REL. Psychometrics: Applications in Nursing. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. 2023;31:e3993. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/214839>. Acesso em: 20 ago. 2023

FLACH, F. **Resiliência: a arte de ser flexível**. São Paulo: Saraiva, 1991.

GARCIA, F.S.S. **Construção e validação psicométrica de um instrumento para avaliação do conhecimento sobre anticoagulação oral**. 2016. 151 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2016. Disponível em: <https://repositorio.usp.br/item/002850626>. Acesso em: 13 mar. 2021.

GOMES, B.R.; BOCCHI, E.A. Quality of Life in Heart Failure: An Important Goal in Treatment. **Arq Bras Cardiol**. 2020; 114(1):33-34. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/portal/abc/portugues/2020/v11401/pdf/11401006.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2020.

GRILLO, R.O. **O que não mata, fortalece: um estudo sobre a resiliência familiar**. 2008. Monografia (Graduação em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Terapia Familiar, Instituto de Psiquiatria-IPUB/UFRJ.

_____. **Quem vê cara não vê coração: a influência da resiliência na adesão ao tratamento da insuficiência cardíaca**. 2016. 121 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Programa de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade

Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016. Disponível em:
<https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/27264/27264.PDF>. Acesso em: 12 dez. 2019.

HARTMANN JUNIOR, J. A. S; MEDEIROS, A. G. A. P. Escalas de Resiliência: uma revisão narrativa. **Meta: Avaliação** | Rio de Janeiro, v. 9 n. 27, p. 561-578, set./dez. 2017. Disponível em:
<https://pdfs.semanticscholar.org/9415/86ebe6a2069434fa9e4134636dfbfa778b31.pdf>
 Acesso em: 22 dez. 2019.

HOLANDA, F.L. MARRA, C.C.; CUNHA, I.C.K.O. Assessment of professional competence of nurses in emergencies: created and validated instrument. **Rev Bras Enferm** [Internet]. 2018;71(4):1975-84. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0595>. Acesso em: 18 mai. 2023.

HORA, H. R. M.; MONTEIRO, G. T. R.; ARICA, J. Confiabilidade em Questionários para Qualidade: Um Estudo com o Coeficiente *Alpha de Cronbach*. **Produto & Produção**, vol. 11, n. 2, p. 85 - 103, jun. 2010. Disponível em:
<https://seer.ufrgs.br/index.php/ProdutoProducao/article/viewFile/9321/8252>. Acesso em: 15 abr. 2021.

HULLEY S. B. et al. **Delineando a pesquisa clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

INFANTE, F. **A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

LANDIS J. R.; KOCH G. G. The measurement of observer agreement for categorical data. **Biometrics** 33, 159-174, 1977. Disponível em:
<http://www.jstor.org/stable/2529310>. Acesso em: 10 mai. 2021.

LEITE, S.S.; ÁFIO, A..CE.; CARVALHO, L.V.; SILVA, J.M.; ALMEIDA, P.C.; PAGLIUCA, L.M.F. Construction and validation of an Educational Content Validation Instrument in Health. **Rev Bras Enferm**. 2018;71(Suppl 4):1635-41. [Thematic Issue: Education and teaching in Nursing]. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0648>. Acesso em: 15 ago. 2023.

LENHANI, B.E. Construção e validação de um instrumento para avaliar a qualidade de viver do paciente em quimioterapia paliativa. 2019. 137 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2019. Disponível em:
<https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/66155/R%20-%20T%20-%20BRUNA%20ELOISE%20LENHANI.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2023.

LINN, A.C.; AZZOLIN, K.; SOUZA, E.N. Association between self-care and hospital readmissions of patients with heart failure. **Rev Bras Enferm**, 2016 mai-jun;69(3):469-74. Disponível em:
https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672016000300500&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 17/07/2020.

LOPES, V.R.; MARTINS, M.C.F. Validação Fatorial da Escala de Resiliência de Connor-Davidson (Cd-Risc-10) para Brasileiros. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, 11, 2, jul-dez 2011, 36-50. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v11n2/v11n2a04.pdf>. Acesso em: 10 out. 2022.

MARQUES, J.B.V.; FREITAS, D. The DELPHI method: characterization and potentialities for educational research. **Pro.Posições** V. 29, N. 2 (87) | maio/ago. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pp/a/MGG8gKTQGhrH7czngNFQ5ZL/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 ago. 2022.

MEDEIROS, R. K. S. et al. Pasquali's model of content validation in the Nursing researches. *Rev. Enf. Ref. vol.serIV no.4 Coimbra fev. 2015*. Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832015000100014. Acesso em: 10 fev. 2021.

MEDEIROS, J.; MEDEIROS, C.A. Avaliação do autocuidado nos portadores de Insuficiência Cardíaca. **Cogitare Enferm.** (22)3: e51082, 2017. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/51082>. Acesso em: 17 jul. 2020.

MELO, R.P.; MOREIRA, R.P.; FONTENELE, F.C.; AGUIAR, A.S.C.; JOVENTINO, E.S.; CARVALHO, E.C. Critérios de seleção de experts para estudos de validação de Fenômenos de enfermagem. **Rev Rene**, Fortaleza, 2011 abr/jun; 12(2):424-31. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4254/3285>. Acesso em: 15 10 mar. 2022.

MESQUITA, E.T.; QUELUCI, G.C. **Abordagem multidisciplinar ao paciente com Insuficiência Cardíaca**. São Paulo: Editora Atheneu, 2013.

NASCIMENTO, B.D.P.; SAMPAIO, C. R. B; VASCONCELOS, B.R.T. Resilience: epistemological, theoretical and critical notes. **Revista AMAzônica**. Vol XXV, número 2, jul-dez, 2020, pág.814-845.

OLIVEIRA, J. A.; CORDEIRO, R.G.; ROCHA, R.G.; GUIMARÃES, T. C. F.; ALBUQUERQUE, D.C. Impact of telephone monitoring on patients with heart failure: a randomized clinical trial. **Acta Paul Enferm.** 2017; 30(4):333-42. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/XZrRmc87LzCkDtLdcXwgztp/>. Acesso em: 27 mar. 2023.

OLIVEIRA J.A.; PÁDUA B.L.R; CORDEIRO R.G; ALBUQUERQUE D.C. Domains analyzed in the assessment of resilience in individuals with chronic cardiovascular diseases: a scoping review. **Online Braz J Nurs.** 2022;21:e20226586. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20226586>. Acesso: 23 jan. 2023.

OLIVEIRA, K. S; NAKANO, T. C. Avaliação da resiliência: uma revisão internacional. **Psicologia em Revista**, v. 25, n. 3, p. 1021-1043, dez. 2019. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/344418121_Avaliacao_da_resiliencia_uma_revisao_internacional_Resilience_assessment_an_international_review_Evaluacion_de_la_resiliencia_una_revison_internacional. Acesso em: 12 jan. 2020.

OLIVEIRA, G. M. M. et al. Estatística Cardiovascular – Brasil 2020. **Arquivos Brasileiros da Cardiologia** [online]. 2020, vol. 115, no. 3, ISSN: 0066-782X [viewed xx October 2020]. <https://doi.org/10.36660/abc.20200812>. Disponível em: https://abccardiol.org/wp-content/uploads/articles_xml/0066-782X-abc-115-03-308/0066-782X-abc-115-03-308.pdf. Acesso em: 20 mai. 2023.

OLIVEIRA, M.M. et al. Validity of an instrument to evaluate the immunobiological cold chain. **Av Enferm**, 2020; 38(2): 170-181. Disponível em: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v38n2.80804>. Acesso em: 10 jul. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Organização Mundial de saúde. Washington, 1902. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topicos/doencas-cardiovasculares>. Acesso em: 19 jul.2020.

PASQUALI, L. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Rev. psiquiatr. clín.** (São Paulo);25(5):206-13, 1998. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IscScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=228044&indexSearch=ID>. Acesso em: 23 jan. 2021.

_____. Psicometria. **Rev Esc Enferm USP** 2009; 43(Esp):992-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Bbp7hnp8TNmBCWhc7vjbXgm/?format=pdf>. Acesso em: 15 fev. 2021.

_____. **Instrumentação Psicológica: Fundamentos e Práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PERROCA, M.G. **Development and content validity of the new version of a patient classification instrument**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.19, n.1, jan.-fev.2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n1/pt_09.pdf . Acesso em: 30 mar. 2022.

PESCE, R.P. et al. Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 21(2):436-448, mar-abr, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/KqxTTDpqthcPSL8nkbnyY6S/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 12 out. 2022.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed; 2011.

PINTO, L. M. **Resiliência em doenças crônicas: associação com ansiedade, depressão, variáveis sociodemográficas e clínicas**. [Dissertação]. 2019. Universidade de Brasília. Instituto de Psicologia - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura. Disponível em: Acesso em:

REPPOLD, C. T.; GURGEL, L. G. **O processo de construção de escalas psicométricas. Avaliação Psicológica**, 2014, 13(2), pp. 307-310. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/avp/v13n2/v13n2a18.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2021.

REPPOLD, C.T. et al. Resilience Assessment: Controversies about the Use of Scales. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, 25 (2), 248-255, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/prc/a/RgNRV7DqKb9ZFxpmD5bpVTQ/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20 mai. 2020.

RILES, E.M.; JAIN, A.V.; FENDRICK, A.M. Medication adherence and heart failure. **Curr Cardiol Rep** 16, 458 (2014). Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11886-013-0458-z>. Acesso em: 11 fev. 2021

REVORÊDO, L. S. et al. **O uso da técnica Delphi em saúde: revisão integrativa de estudos brasileiros**. Arq. Ciênc. Saúde, v.22, n.2, jan.-mar. 2015. Disponível em: https://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-22-2/O%20uso%20da%20t%C3%A9cnica%20delphi%20em%20sa%C3%BAde%20um%20revis%C3%A3o%20integrativa%20de%20estudos%20brasileiros.pdf. Acesso em: 15 dez. 2022.

ROCHA T.; NETO, J.A.F.; SANTOS, E.; PEREIRA, M.; DEUS, K.M.S.; MOURILHE-ROCHA, R.M. Association between resilience, depressive symptoms and quality of life in patients with chronic heart failure. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2022; 30:e65524. Disponível: DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2022.65524>. Acesso em: 23 ago. 2023.

ROCHA ECL, SOUSA KHJF, LUCCHESI PAO, FARIA MGA, BALBINOTTI MAA, REBUSTINI F, et al. Content validity evidence of the Brazilian version of the Cognitive Symptom Checklist Work-21. **Rev Bras Enferm**. 2023;76(4):e2022-0453. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0453pt>. Acesso em: 05 set. 2023.

ROZADOS, F.B.H. **O uso da técnica Delphi como alternativa metodológica para a área da Ciência da Informação**. Em *Questão*, Porto Alegre, v.21, n.3, p.64-86, set/dez 2015. E-ISSN 1808-5245. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/EmQuestao/article/view/58422>. Acesso em: 22 nov. 2022.

SCARPARO, A. F. et al. **Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem**. *Rev Rene*, Fortaleza, v.13, n.1, p.242-51, 2012. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3803/3000>. Acesso em: 22 nov. 2022.

SHERWOOD, A. et al. Relationship of depression to death or hospitalization in patients with heart failure. **Arch Intern Med**. 2007;167(4):367-73. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17325298/>. Acesso em: 10 mar. 2021.

SHERWOOD, A. et al. Worsening depressive symptoms are associated with adverse clinical outcomes in patients with heart failure. **J Am Coll Cardiol**. 2011 Jan 25; 57(4): 418–423. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3622450/>. Acesso em: 10 mar. 2021.

SILVA, M. F. **Construção e validação do instrumento para passagem de caso em unidades pediátricas**. 2017. 189 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017. Disponível em:

<https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/188435>. Acesso em: 11 jan. 2021.

SILVA, A.V.C.; CARVALHO, B.L.; GUEDES, M.V.C. Orientações de enfermagem voltadas para o autocuidado de pessoas com insuficiência cardíaca. **Rev. Enferm. Contemp.**, Salvador, 2020 Abril;9(1):109-117. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/2592>. Acesso em: 15 abr. 2020.

SILVA, R.F.A. Identificação de riscos relacionados à mobilização do paciente crítico em pós-operatório de cirurgia cardíaca por meio de lista de verificação (Checklist). 2014. 129 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Programa de Pós-graduação em Enfermagem e Biociências, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2014.

SOARES, M. R. Z. et al. Psychocardiology: analysis of issues related to the prevention and treatment of cardiovascular diseases. **Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva**, Volume XVIII no 1, 59 – 71.

SOLANO, J.P.C. Adaptação e validação de escalas de resiliência para o contexto cultural brasileiro: Escala de Resiliência Disposicional e escala de Connor-Davidson. 2016. 180 p. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Programa de Anestesiologia, São Paulo, 2016. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5152/tde-23082016-092756/pt-br.php>. Acesso em: 15 set. 2022.

SOUZA, D.J. et al. **A Metodologia Delphi em pesquisas na área de Enfermagem: um estudo bibliométrico**. Rev enferm UFPE on line., Recife, 9(9):9216-23, set., 2015. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/10720/0#:~:text=Objetivo%3A%20caracterizar%20as%20produ%C3%A7%C3%B5es%20cient%C3%ADficas%20que%20utilizaram%20a,%22Enfermagem%22%20e%20%22T%C3%A9cnica%20Delphi%22%20entre%202014%20e%202013>. Acesso em: 18 mar. 2022.

SOUZA, T.C.T.O.A. et al. The Difficult Daily Life of Heart Failure Bearing Patients. J. res.: fundam. care. online 2019. out./dez. 11(5): 1340. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/8060/pdf_1. Acesso em: 15 mai. 2020.

SOUZA, A.C.; N.M.C. ALEXANDRE; GUIRARDELLO, E.B. Psychometric properties in instruments evaluation of reliability and validity. **Epidemiol. Serv. Saude**, Brasília, 26(3):649-659, jul-set 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ress/a/v5hs6c54VrhmjvN7yGcYb7b/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 02 fev. 2022.

SOUZA, A.C.C.; MOREIRA, T.M.M.; BORGES, J.W.P. Development of an appearance validity instrument for educational technology in health. **Rev Bras Enferm.** 2020;73(Suppl 6): 1EDIÇÃO SUPLEMENTAR 6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0559> e20190559. Acesso em: 19 fev. 2023.

STAMP, K. D., PRASUN, M., LEE, C. S., JAARSMA, T., PIANO, M. R., ALBERT, N. M. Nursing research in heart failure care: a position statement of the american association of heart failure nurses (AAHFN), **Heart & Lung**, 47(2), 169-175, 2018. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2018.01.00>. Acesso em: 25 abr. 2023.

TINOCO J. M.V.P. et al. Association between depressive symptoms and quality of life in outpatients and inpatients with heart failure. **Rev Esc Enferm USP**. 2021;55:e03686. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2019030903686>. Acesso em: 20 jul. 2021.

VASCONCELOS, A. O. L. et al. Assessment of the resilience of people with chronic conditions and their Caregivers. **J Nurs UFPE online.**, Recife, 13(3):690-6, Mar., 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/239188>. Acesso em: 15 fev. 2021.

WILSON, F. R.; PAN, W.; SCHUMSKY, D.A. Recalculation of the Critical Values for Lawshe's Content Validity Ratio. **Measurement and Evaluation in Counseling and Development** 45(3). Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0748175612440286>. Acesso em: 25 ago. 2023.

YUNES, M. A. M; SYMANSKY, H. (2001). **Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas**. São Paulo: Cortez, 2001.

YUSOFF, M. S. B. ABC of content validation and content validity index calculation. **Education in Medicine Journal**. 2019;11(2):49–54. Disponível em: https://eduimed.usm.my/EIMJ20191102/EIMJ20191102_06.pdf. Acesso em: 12 mar. 2021.

WALSH, F. **Fortalecendo a resiliência familiar**. São Paulo: Roca, 2005.

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Josiana Araujo de Oliveira, enfermeira, aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sob a orientação do Prof. Dr. Denilson Campos de Albuquerque, estou desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado: **“Resiliência no tratamento de pacientes com Insuficiência Cardíaca: construção e validação de instrumento”**. Esta pesquisa possui como objetivo: elaborar uma escala de mensuração da resiliência específica para pacientes com Insuficiência Cardíaca Crônica.

O(a) Sr(a) está sendo convidado a participar deste estudo por ser um profissional de saúde que atua na insuficiência cardíaca, seja no ensino, pesquisa ou assistência. Antes de concordar em participar, é importante que o(a) Sr(a) esclareça todas as suas dúvidas.

Quais são os procedimentos do estudo?

Se você concordar em participar desta pesquisa, o Sr (a) preencherá um formulário com suas características: categoria profissional, formação, idade, Estado/Cidade, instituição, área e tempo de atuação na área. Serão realizadas até quatro “rodadas” para avaliação do instrumento (domínios e itens), onde o especialista terá 15 dias para preenchimento. Após, a pesquisadora fará a adequação no prazo de 10 dias. A validação será configurada pela aprovação final do instrumento através de testes estatísticos para validação de conteúdo e de constructo. Todas as etapas da sua participação, serão por meio de formulário eletrônico via *Google Forms*® enviado por *link* ao seu endereço eletrônico.

Quais são os possíveis riscos de participar neste estudo?

A sua participação neste estudo não determina nenhum risco adicional ou danos à saúde.

Quais são os possíveis benefícios de participar neste estudo?

Os prováveis benefícios estão relacionados ao melhor conhecimento, pela equipe de profissionais de saúde atuantes na insuficiência cardíaca, sobre como um maior nível de resiliência pode contribuir positivamente nas dificuldades dos pacientes em conviver com a Insuficiência Cardíaca e a forma como ele lida com a doença, considerando que a resiliência pode influenciar no autocuidado, adesão ao tratamento e melhora da qualidade de vida.

E se eu não quiser participar do estudo, há outras opções?

Sua participação neste estudo é voluntária e o(a) Sr(a) poderá recusar-se a participar ou retirar-se do estudo a qualquer momento sem punições ou prejuízo ao seu atendimento neste hospital.

Serei pago para participar deste estudo?

Não, o(a) Sr(a) não será pago(a) por sua participação neste estudo.

Serei reembolsado por algum custo decorrente de minha participação?

A sua participação neste estudo, não envolve nenhum custo para o(a) Sr(a). Desta forma, não há reembolso ou qualquer tipo de recompensa financeira.

Quem está patrocinando este estudo?

Este estudo será conduzido por meios próprios, sem patrocínio algum.

Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto no telefone: (21) 2868-8253, endereço: Av. Vinte e Oito de Setembro, 77 Térreo – Vila Isabel – Cep. 20551-030. E-mail: cephupe@uerj.br

A equipe do estudo está à disposição para prestar quaisquer esclarecimentos sobre este estudo:

Josiana Araujo de Oliveim, Investigador Principal: End: Hospital Universitário Pedro Ernesto, 77 / 2º andar – Serviço de Cardiologia – Vila Isabel – Rio de Janeiro – Cep. 20551-030. Tel: (21) 98865-6676.

CONSENTIMENTO PÓS-INFORMAÇÃO

Eu,....., declaro que li as informações contidas neste documento, fui devidamente informado(a) pela pesquisadora - Josiana Araujo de Oliveira - dos procedimentos que serão utilizados, riscos e desconfortos, benefícios custo/reembolso dos participantes, confidencialidade da pesquisa, concordando ainda em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade. Declaro ainda que recebi uma cópia desse Termo de Consentimento.

Data: ___/___/___

Assinatura digital

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados gerado pelo *Google Docs*®

Seção 1 de 12


Pesquisa: Resiliência no tratamento de pacientes com Insuficiência Cardíaca: construção e validação de instrumento


Prezado (a) especialista, solicitamos sua colaboração com a avaliação deste instrumento de mensuração da resiliência em pacientes com insuficiência cardíaca. É um instrumento inédito elaborado a partir da minha Tese de Doutorado em Enfermagem que está em andamento. Você levará cerca de 20 minutos para responder.

Título da imagem

Resiliência no tratamento de pacientes com Insuficiência Cardíaca: construção e validação de instrumento

Doutoranda: Josiana Araujo de Oliveira
Orientador: Dr. Denilson Campos de Albuquerque



 PPGENF

Se possuir interesse em participar desta pesquisa, abra e leia o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. *

Abrir o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Não tenho interesse em participar

Seção 2 de 12

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Descrição (opcional)

Esclarecimento

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, Josiana Araujo de Oliveira, enfermeira, aluna do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, sob a orientação do Prof. Dr. Denilson Campos de Albuquerque, estou desenvolvendo o projeto de pesquisa intitulado: "Resiliência no tratamento de pacientes com Insuficiência Cardíaca: construção e validação de instrumento". Esta pesquisa possui como objetivo: elaborar uma escala de mensuração da resiliência específica para pacientes com Insuficiência Cardíaca Crônica O(a) Sr(a) está sendo convidado a participar deste estudo por ser um profissional de saúde que atua na insuficiência cardíaca, seja no ensino, pesquisa ou assistência. Antes de concordar em participar, é importante que o(a) Sr(a) esclareça todas as suas dúvidas. Quais são os procedimentos do estudo? Se você concordar em participar desta pesquisa, o Sr (a) preencherá um formulário com suas características: categoria profissional, formação, idade, Estado/Cidade, instituição, área e tempo de atuação na área. Serão realizadas até quatro "rodadas" para avaliação do instrumento (domínios e itens), onde o especialista terá 15 dias para preenchimento. Após, a pesquisadora fará a adequação no prazo de 10 dias. A validação será configurada pela aprovação final do instrumento através de testes estatísticos para validação de conteúdo e de constructo. Todas as etapas da sua participação, serão por meio de formulário eletrônico via Google Drive® enviado por link ao seu endereço eletrônico. Quais são os possíveis riscos de participar neste estudo? A sua participação neste estudo não determina nenhum risco adicional ou danos à saúde. Quais são os possíveis benefícios de participar neste estudo? Os prováveis benefícios estão relacionados ao melhor conhecimento, pela equipe de profissionais de saúde atuantes na insuficiência cardíaca, sobre como um maior nível de resiliência pode contribuir positivamente nas dificuldades dos pacientes em conviver com a Insuficiência Cardíaca e a forma como ele lida com a doença, considerando que a resiliência pode influenciar no autocuidado, adesão ao tratamento e melhora da qualidade de vida. E se eu não quiser participar do estudo, há outras opções? Sua participação neste estudo é voluntária e o(a) Sr(a) poderá recusar-se a participar ou retirar-se do estudo a qualquer momento sem punições ou prejuízo ao seu atendimento neste hospital. Serei pago para participar deste estudo? Não, o(a) Sr(a) não será pago(a) por sua participação neste estudo. Serei reembolsado por algum custo decorrente de minha participação? A sua participação neste estudo, não envolve nenhum custo para o(a) Sr(a). Desta forma, não há reembolso ou qualquer tipo de recompensa financeira.

Quem está patrocinando este estudo? Este estudo será conduzido por meios próprios, sem patrocínio algum. Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto no telefone: (21) 2868-8253, endereço: Av. Vinte e Oito de Setembro, 77 Térreo – Vila Isabel – Cep. 20551-030. E-mail: cephupe@uerj.br A equipe do estudo está à disposição para prestar quaisquer esclarecimentos sobre este estudo: Josiana Araujo de Oliveira, Investigador Principal: End: Hospital Universitário Pedro Ernesto, 77 / 2º andar – Serviço de Cardiologia – Vila Isabel – Rio de Janeiro – Cep. 20551-030. Tel: (21) 98865- 6676.

Após a seção 2 Continuar para a próxima seção



Seção 3 de 12

Após a seção 2 Continuar para a próxima seção

Seção 3 de 12

Consentimento após esclarecimento

Declaro que li as informações contidas neste documento e concordo em participar da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isso leve a qualquer penalidade.

Você consente participar da pesquisa?

Concordo em participar desta pesquisa

Não concordo

Após a seção 3 Continuar para a próxima seção

Seção 4 de 12

Qual o seu endereço de e-mail?

Descrição (opcional)

E-mail: *

Texto de resposta curta

Após a seção 4 Continuar para a próxima seção

Seção 5 de 12

Questionário sobre avaliação da Resiliência em indivíduos com Insuficiência Cardíaca

Prezado (a) Especialista,

Leia atentamente as perguntas deste instrumento e responda com atenção.

Este questionário é dividido em 2 partes: a primeira sobre suas informações profissionais e a segunda sobre a avaliação do instrumento de mensuração da resiliência.

Obrigada por colaborar no aperfeiçoamento deste instrumento, sua colaboração é valiosa!

Após a seção 5 Continuar para a próxima seção

Seção 6 de 12

PARTE 1 - CARACTERIZAÇÃO DO ESPECIALISTA × ⋮

Descrição (opcional)

Qual o seu nome completo? *

Texto de resposta curta

Categoria profissional: *

Médico

Enfermeiro

Psicólogo

Idade *

20 a 30 anos

31 a 40 anos

41 a 50 anos

51 a 60 anos

61 anos ou mais


Gênero: *

Feminino

Masculino

Estado e Cidade *

Texto de resposta curta



Tempo de formação profissional: *

- Entre 1 e 5 anos
- Entre 6 e 10 anos
- Entre 11 e 15 anos
- Entre 16 e 20 anos
- Entre 21 e 25 anos
- 26 anos ou mais

Tempo de atuação na área da Insuficiência Cardíaca: *

- Entre 1 e 5 anos
- Entre 6 e 10 anos
- Entre 11 e 15 anos
- Entre 16 e 20 anos
- Entre 21 e 25 anos
- 26 anos ou mais

Formação adicional: *

- Especialização
- Mestrado
- Doutorado
- Pós-Doutorado
- Outros...

Ocupação atual: *

- Assistencial
- Ensino
- Pesquisa
- Outros...



Instituição: *

- Pública
- Privada
- Filantrópica
- Outros...



Após a seção 6 Continuar para a próxima seção

Seção 7 de 12

Compreendendo o Instrumento de Avaliação da Resiliência em indivíduos com Insuficiência Cardíaca que você irá avaliar:

Este instrumento é composto por 15 perguntas com opções de resposta do tipo escala Likert de 5 pontos com sua interpretação:

- 1 ponto: Discordo totalmente - Conduta inadequada que necessita ser suprimida ou é desnecessária
- 2 pontos: Discordo parcialmente - Conduta que necessita de alguma correção e/ou reformulação
- 3 pontos: Não concordo nem discordo - Conduta imparcial
- 4 pontos: Concordo parcialmente - Conduta correta que carece de algum ajuste
- 5 pontos: Concordo totalmente - Conduta correta sem necessidade de qualquer acréscimo

E inclui 4 Domínios levantados após uma Revisão de Escopo ([Domínios analisados na avaliação da resiliência em indivíduos com doenças cardiovasculares crônicas: revisão de escopo | OBJN \(uff.br\)](#)):

- Domínio 1: Redes de Apoio - Inclui os Itens 1, 2, 3, 4 e 5
- Domínio 2: Controle - Inclui os Itens 6, 7 e 8
- Domínio 3: Autoeficácia - Inclui os Itens 9, 10 e 11
- Domínio 4: Aceitação positiva frente às mudanças - Inclui os Itens 12, 13, 14 e 15

Os itens serão avaliados quanto à **RELEVÂNCIA, OBJETIVIDADE, COMPREENSÃO E COERÊNCIA**, todos terão observações, sugestões ou críticas a serem realizadas, caso concorde totalmente com o item escreva "nenhuma" ou "-", caso discorde em algum ponto, descreva sua opinião.

Segue instrumento piloto:

Título da imagem

Instrumento para avaliação da resiliência em pacientes com IC – Teste-piloto					
Marque a alternativa que melhor se aplica a você, considerando o último mês . Não há respostas certas ou erradas, você deve responder conforme você reage em cada situação.					
Itens	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1. Tenho ao menos uma pessoa próxima que me ajuda no meu tratamento					
2. Quando fico cansado ou com falta de ar, costumo pedir ajuda a alguém ou procuro a um serviço de emergência					
3. Posso contar com profissionais de saúde que me ajudam a me tratar melhor					
4. Tenho acesso a recursos como medicamentos, consultas e exames que preciso para meu tratamento dar certo					
5. Os profissionais de saúde me escutam com atenção quando não estou me sentindo bem					
6. Me sinto feliz quando tenho controle do meu tratamento					
7. Procuro fazer algo bom pra minha saúde todos os dias para me sentir melhor					
8. Consigo mudar minha rotina do dia a dia se for pra ter <u>melhores</u> resultados no meu tratamento					
9. Fico orgulhoso de mim mesmo quando sigo as recomendações dos profissionais de saúde					
10. Passo a maior parte do tempo fazendo coisas que valem à pena e me fazem sentir bem					
11. Faço o melhor que posso para mim mesmo, porque eu mereço e quero viver bem					
12. Não me entrego quando fico cansado ou com falta de ar, procuro compreender o que está acontecendo e tento resolver					
13. Mesmo quando eu fico desanimado por não conseguir fazer as atividades como antes, eu não desisto					
14. Acredito que momentos difíceis no meu tratamento vão passar e logo tudo ficará bem					
15. Consigo me recuperar de um momento estressante do meu tratamento sem					

Após a seção 7 Continuar para a próxima seção

Seção 8 de 12

DOMÍNIO 1 - REDES DE APOIO

Definição: Enlaçamentos e vínculos que se formam dentro de determinados grupos e espaços que impactam a todos os indivíduos envolvidos. A palavra "apoio" refere-se a sustentar algo, a ajudar a manter alguma coisa.

ITEM 1: Tenho ao menos uma pessoa próxima que me ajuda no meu tratamento. *

Em relação ao item 1, responda QUANTO A:

RELEVÂNCIA: o item é relevante para ser avaliado na população alvo.

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

Observações, sugestões ou críticas: *

Texto de resposta longa

...

OBJETIVIDADE: as informações contidas neste item são apresentadas de forma clara e objetiva. *

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

Observações, sugestões ou críticas: *

Texto de resposta longa

Texto de resposta longa

COMPREENSÃO: o item contém termos simples de fácil entendimento para a população alvo. *

- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

Observações, sugestões ou críticas: *

Texto de resposta longa

COERÊNCIA: o item é composto por palavras que refletem o domínio "Redes de Apoio". *

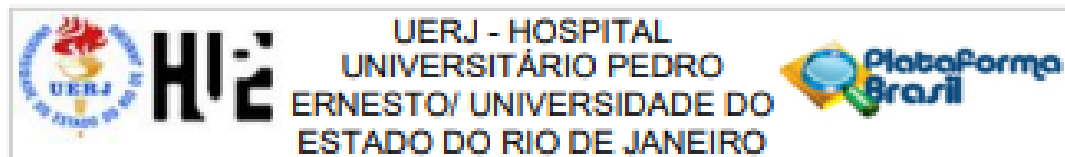
- Discordo totalmente
- Discordo parcialmente
- Não concordo nem discordo
- Concordo parcialmente
- Concordo totalmente

Observações, sugestões ou críticas: *

Texto de resposta longa



ANEXO A – Parecer de Aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa do HUPE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Resiliência e adesão ao tratamento de pacientes com Insuficiência Cardíaca: correlação e instrumento de resiliência adaptado.

Pesquisador: Josiana Araujo de Oliveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30735820.3.0000.5259

Instituição Proponente: Hospital Universitário Pedro Ernesto/UERJ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.994.933

Apresentação do Projeto:

Transcrição editada do conteúdo registrado no protocolo e dos arquivos anexados à Plataforma Brasil.

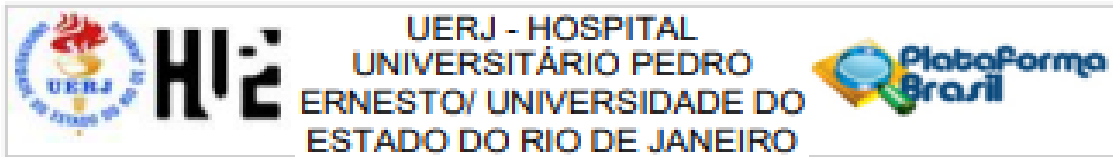
A resiliência é a capacidade que cada pessoa tem de lidar com seus próprios problemas, de sobreviver e superar momentos difíceis, independentemente da situação. O alto grau de resiliência está associado à adesão ao tratamento das doenças, sobretudo as crônicas. Este estudo coletará e analisará dados obtidos através de questionários sobre resiliência, adesão ao tratamento, depressão e autocuidado, em pacientes com insuficiência cardíaca internados e em acompanhamento no ambulatório do HUPE por 6 meses. Serão coletados dados sócio demográficos contidos nos prontuários dos participantes. Além disso, este estudo tem como objetivo construir uma escala de resiliência específica para pacientes com Insuficiência Cardíaca.

Objetivo da Pesquisa:

Transcrição editada do conteúdo registrado no protocolo e dos arquivos anexados à Plataforma Brasil.

Objetivo Primário:

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Tijuca
Bairro: Vila Isabel **CEP:** 20.551-000
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21) 2868-8253 **E-mail:** cep.hupe.interno@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.994.933

• Analisar a possível associação entre a resiliência e a adesão, autocuidado e depressão.

Objetivo Secundário:

Construir e validar uma escala de resiliência adaptada para a população brasileira.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Prezado pesquisador: Caracteriza-se como risco direto para os participantes da pesquisa a possibilidade de desconforto ou constrangimento no momento do preenchimento dos questionários. Os pesquisadores devem se comprometer a minimizar os riscos ou desconfortos que possam vir a ser causados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa está bem estruturada e o referencial teórico e metodológico estão explicitados, demonstrando aprofundamento e conhecimento necessários para sua realização. As referências estão adequadas e a pesquisa é exequível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

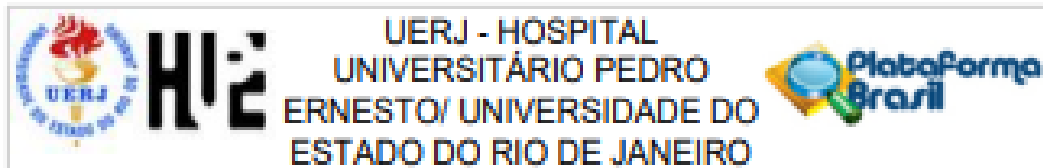
Foram avaliadas as informações contidas na Plataforma Brasil e as mesmas se encontram dentro das normas vigentes e sem riscos iminentes aos participantes envolvidos de pesquisa.

Foram analisados os seguintes documentos de apresentação obrigatória:

- 1) Folha de Rosto para pesquisa envolvendo seres humanos: Documento devidamente preenchido, datado e assinado
- 2) Projeto de Pesquisa: Adequado
- 3) Orçamento financeiro e fontes de financiamento: adequado/apresentado
- 4) Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: Adequado
- 5) Cronograma: Adequado
- 6) Documentos pertinentes à inclusão do HUPE: Adequado
- 7) Currículo do pesquisador principal e demais colaboradores: anexados e conforme as normas.

Os documentos de apresentação obrigatória foram enviados a este Comitê, estando dentro das boas práticas e apresentando todos dados necessários para apreciação ética e tendo sido avaliadas as informações contidas na Plataforma Brasil e as mesmas se encontram dentro das normas vigentes e sem riscos iminentes aos participantes envolvidos de pesquisa.

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Tênis
 Bairro: Vila Isabel CEP: 20.531-030
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21) 2668-8253 E-mail: csp.hupe.interno@gmail.com



Continuação do Parecer: 3.694.633

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto pode ser realizado da forma como está apresentado. Diante do exposto e à luz da Resolução CNS nº466/2012, o projeto pode ser enquadrado na categoria – APROVADO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Em consonância com a resolução CNS 466/12 e a Norma Operacional CNS 001/13, o CEP recomenda ao Pesquisador: Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e no termo de consentimento livre e esclarecido, para análise das mudanças; Informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da pesquisa; O Comitê de Ética solicita a V. Sª, que encaminhe relatórios parciais de andamento a cada 06 (seis) Meses da pesquisa e ao término, encaminhe a esta comissão um sumário dos resultados do projeto; Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1511755.pdf	07/03/2020 11:02:44		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_TEXTUAL.pdf	07/03/2020 10:50:34	Josiana Araujo de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao_de_ciencia_da_instituicao.pdf	07/03/2020 10:55:54	Josiana Araujo de Oliveira	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termo_de_consentimento_livre_e_esclarecido.pdf	07/03/2020 10:50:13	Josiana Araujo de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	07/03/2020 10:48:28	Josiana Araujo de Oliveira	Aceito

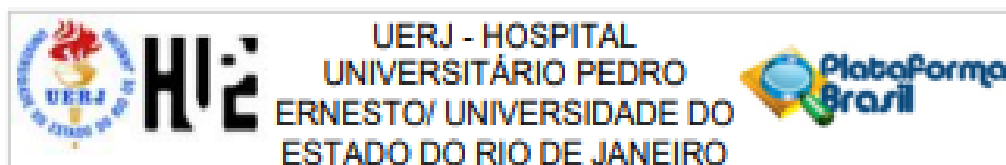
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo
 Bairro: Vila Isabel CEP: 20.251-030
 UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
 Telefone: (21)3868-6253 E-mail: cep.hupe.interno@gmail.com




Continuação do Parecer: 3.894.833

RIO DE JANEIRO, 28 de Abril de 2020

Assinado por:
WILLE OIGMAN
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Tímaco
Bairro: Vila Isabel **CEP:** 20.551-030
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2068-8253 **E-mail:** cep.hupa.interno@gmail.com

ANEXO B – Artigo publicado na *Online Brazilian Journal of Nursing (OBJN)*

 ONLINE BRAZILIAN JOURNAL OF NURSING ISSN: 1676-4285	ARTIGO DE REVISÃO
Domínios analisados na avaliação da resiliência em indivíduos com doenças cardiovasculares crônicas: revisão de escopo	
Domains analyzed in the assessment of resilience in individuals with chronic cardiovascular diseases: a scoping review	
Dominios analizados en la evaluación de la resiliencia en individuos con enfermedades cardiovasculares crônicas: revisión de escopo	
Josiana Araujo de Oliveira ¹ ORCID: 0000-0001-6625-4685 Bruna Lins Rocha de Pádua ¹ ORCID: 0000-0002-9993-5337 Ricardo Gonçalves Cordeiro ¹ ORCID: 0000-0002-5711-8283 Denilson Campos de Albuquerque ¹ ORCID: 0000-0003-1883-6546	RESUMO Objetivo: Mapear as evidências científicas sobre os instrumentos utilizados na avaliação da resiliência em indivíduos adultos com doenças cardiovasculares crônicas e explorar seus domínios. Método: Revisão de escopo para responder à questão: Quais os instrumentos ou questionários utilizados para avaliação da resiliência em indivíduos adultos com doenças cardiovasculares crônicas? Foi realizada pesquisa nas bases de dados LILACS, Scopus, <i>Web of Science</i> , Pubmed, CINAHL e literatura cinzenta. Os estudos foram adicionados ao gerenciador <i>Mendeley</i> e a seleção realizada por dois revisores independentes (Kappa=0.86). Resultados: Foram identificados 164 estudos e incluídos 14, sendo utilizados seis instrumentos para avaliação da resiliência. A avaliação da resiliência ocorreu em indivíduos com cardiopatia isquêmica, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca. Conclusão: Os instrumentos não são adaptados para uso em indivíduos com doenças cardiovasculares crônicas. Faz-se necessária a formulação de instrumentos específicos que contemplem domínios individuais, mas que considerem o contexto social deste indivíduo. Descritores: Resiliência Psicológica; Inquéritos e Questionários; Doenças Cardiovasculares.
1 Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ, Brasil	ABSTRACT Objective: To map the scientific evidence on the instruments used to assess resilience in adult individuals with chronic cardiovascular disease, and explore their domains. Method: A scoping review to meet the question: What are the instruments or questionnaires used to assess resilience in adult individuals with chronic cardiovascular disease? The search was conducted in LILACS, Scopus, Web of Science, Pubmed, CINAHL databases and the grey literature. Studies were uploaded to Mendeley and the selection was performed by two independent reviewers (Kappa=0.86). Results: A total of 164 studies were identified and 14 were included; six instruments were used to assess resilience. The resilience assessment occurred in individuals with ischemic heart disease, myocardial infarction, stroke, and heart failure. Conclusion: The instruments were not adapted for use in individuals with chronic cardiovascular diseases. The development of specific instruments that include individual domains and consider the social context of these individuals is necessary. Descriptors: Psychological resilience; Surveys and Questionnaires; Cardiovascular Diseases.
Editores: Ana Carla Dantas Cavalcanti ORCID: 0000-0003-3531-4694 Paula Vanessa Peclat Flores ORCID: 0000-0002-9726-5229 Omar Pereira de Almeida Neto ORCID: 0000-0002-7933-9925	RESUMEN Objetivo: Mapear la evidencia científica sobre los instrumentos utilizados para evaluar la resiliencia en adultos con enfermedades cardiovasculares crônicas y explorar sus dominios. Método: Revisión de escopo para responder a la pregunta: ¿Que instrumentos o cuestionarios se utilizan para evaluar la resiliencia en personas adultas con enfermedades cardiovasculares crônicas? Se realizó una búsqueda en las bases de datos LILACS, Scopus, <i>Web of Science</i> , Pubmed, CINAHL y literatura gris. Los estudios fueron agregados al medidor <i>Mendeley</i> y la selección fue realizada por dos revisores independientes (Kappa=0.86). Resultados: Se identificaron 164 estudios y se incluyeron 14, utilizando seis instrumentos para evaluar la resiliencia. La evaluación de la resiliencia se llevó a cabo en personas con cardiopatía isquémica, infarto del miocardio, accidente vascular cerebral e insuficiencia cardíaca. Conclusión: Los instrumentos no están adaptados para su uso en personas con enfermedades cardiovasculares crônicas. Es necesario formular instrumentos específicos que contemplen dominios individuales, pero que consideren el contexto social de este individuo. Descriptores: Resiliencia Psicológica; Encuestas y Cuestionarios; Enfermedades Cardiovasculares.
Autor Correspondente: Josiana Araujo de Oliveira E-mail: josianaoliveira@yahoo.com.br	Submissão: 12/08/2021 Aprovado: 15/02/2022
Oliveira JA, Pádua BLR, Cordeiro RG, Albuquerque DC. Domains analyzed in the assessment of resilience in individuals with chronic cardiovascular diseases: a scoping review. <i>Online Braz J Nurs.</i> 2022;21:e20226586. https://doi.org/10.17665/1676-4285.20226586	

INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são a principal causa de morte e incapacidade mundial. Elas incluem cinco grupos de doenças de maior magnitude: cardiovasculares, respiratórias crônicas, câncer, diabetes, condições mentais e neurológicas, sendo responsáveis por 63% no mundo. No Brasil, as DCNT correspondem a 72% das causas de morte, sendo a causa cardiovascular a predominante⁽¹⁾.

As condições crônicas de saúde são caracterizadas pela sua irreversibilidade, incapacidade residual, aspectos degenerativos e de longa duração, gerando uma crise que desestrutura a vida do paciente/família, com restrições às atividades diárias, uso de vários medicamentos e sintomas desconfortantes, impactando os âmbitos físico, emocional, econômico e social^(2,3).

Diante do enfrentamento do estresse frente a uma doença crônica, algumas pessoas conseguem superar a diversidade de transtornos ocasionados pela doença e mantêm-se aderentes ao tratamento, enfrentando-a positivamente. Esse processo comportamental pode estar relacionado à resiliência⁽⁴⁾.

As pesquisas no campo da resiliência podem ser classificadas em duas gerações: a primeira com objetivo de identificar os fatores de risco e de resiliência (década de 1970) e a segunda, mais abrangente, onde a ênfase permeia fatores individuais, sociais e familiares (década de 1990). Sob essa perspectiva, a resiliência passa a ser compreendida como processo e não como traço de personalidade⁽³⁾.

No que tange à compreensão do construto resiliência, ingleses e norte-americanos a compreendem como resistência ao estresse, enquanto pesquisadores latinos, têm uma concepção da resiliência ora vista como resistência ao estresse, ora como associada a processos de enfrentamento⁽⁵⁾. A corrente latino-americana tem contribuído bastante com estudos sobre resiliência nas últimas duas décadas, destacando o contexto social como pilar onde são construídas e desenvolvidas as possibilidades de resposta aos problemas dos indivíduos frente às adversidades^(2,6). Sobre a corrente latino-americana é que esta revisão se apoia, por entendermos a grande influência do contexto social em comportamentos resilientes nos pacientes com doenças cardiovasculares (DCV) crônicas.

Apesar da resiliência ser um construto complexo, com muitas origens e ênfases variadas, há um consenso em torno do termo: a resiliência está

ligada ao movimento ativo, dinâmico, com o intuito de quebrar a cadeia de repetições imobilizadoras estabelecida por adversidades e danos sofridos⁽⁶⁾.

A resiliência é de grande valor para o estabelecimento de comportamentos de autocuidado e a consequente adesão ao tratamento em pacientes que convivem com doenças crônicas. A resiliência pode contribuir no enfrentamento de doenças crônicas com resultados em saúde positivos^(2,6). Tendo em vista a relevância do tema, a revisão de escopo pode contribuir com a identificação e análise dos instrumentos e domínios utilizados para avaliação da resiliência em indivíduos com DCV crônicas, bem como subsidiar a identificação de lacunas sobre a temática. A falta de instrumentos específicos de medida da resiliência em indivíduos com DCV crônicas, atribui limitação para o avanço das pesquisas científicas, uma vez que precisam conter domínios e atributos específicos, elucidando claramente os conceitos e atributos que caracterizam a resiliência em indivíduos com DCV crônicas.

Portanto, o objetivo desta pesquisa é mapear as evidências científicas sobre os instrumentos utilizados na avaliação da resiliência em indivíduos adultos com DCV crônicas, bem como, explorar seus domínios.

MÉTODO

Trata-se de uma revisão de escopo baseada na metodologia do Instituto Joanna Briggs (JBI)⁽⁷⁾. O protocolo foi registrado no *Open Science Framework* (OSF) com o link <https://osf.io/9r5t8>. Os participantes dessa revisão foram indivíduos adultos com DCV crônicas de qualquer tipo. Os critérios de inclusão dos estudos foram: estudos primários disponíveis gratuitamente e na íntegra, publicados ou não, com abordagem quantitativa ou qualitativa, nos idiomas português, inglês e espanhol, em indivíduos com idade ≥ 18 anos, sem recorte temporal. Foram excluídos os estudos em formato de editorial, carta ao editor e os duplicados.

Para identificação dos estudos, foram selecionadas as seguintes bases de dados através do portal CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) via acesso fechado CAFE (Comunidade Acadêmica Federada): LILACS, MEDLINE/PubMed, *Web of Science*, SCOPUS e CINAHL. Além dessas bases, foi realizada pesquisa em diversos bancos de teses e dissertações e no *Google Scholar* (literatura cinzenta). A busca dos estudos nas bases de dados ocorreu entre os meses de janeiro e fevereiro de 2021. O Portal de

Periódicos da Capes é uma biblioteca virtual que reúne e disponibiliza às instituições educativas e de investigação brasileira o melhor da produção científica internacional através da CAFE (Comunidade Acadêmica Federada) permitindo acesso a uma maior variedade de publicações disponíveis no portal *online* da Capes.

Para a formulação da questão de pesquisa, foi utilizada a estratégia PCC com a formulação da questão: "Quais os instrumentos ou questionários utilizados para avaliação da resiliência em indivíduos adultos com doenças cardiovasculares crônicas?"

Após combinação de termos não controlados e descritores, foi realizada a pesquisa com a estratégia de busca: [("psychological resilience" OR "resilience") AND ("cardiovascular diseases") AND ("surveys and questionnaires" OR "assessment")].

A decisão em utilizar o termo "cardiovascular disease" sem relacioná-lo ao termo "crônico", deve-se ao fato de restringir os resultados quando foi realizada a busca.

A pré-seleção dos estudos foi realizada por dois revisores doutorandos independentes com *expertise* no atendimento a pacientes com DCV, sendo as divergências resolvidas por um terceiro revisor, também doutorando. Os estudos encontrados foram exportados para o *software Mendeley*®. A pré-seleção e seleção dos estudos foi conduzido de forma cega simples.

Os estudos elegíveis foram mapeados de forma reflexiva e crítica, com os dados dispostos e tabulados em planilha do *Microsoft Excel*. As etapas de elegibilidade, extração de dados, análise crítica, discussão e conclusão ocorreram entre os meses de março e junho de 2021.

A análise metodológica dos estudos não foi avaliada, visto não ser necessário o cumprimento dessa etapa em revisões de escopo, cujo objetivo é fornecer um mapeamento de quais evidências foram produzidas em vez de buscar as melhores disponíveis para responder a uma pergunta específica. No entanto, para a extração dos dados, utilizou-se o formulário recomendado pela JBI⁽⁷⁾, que foi adaptado para essa pesquisa, para facilitar a síntese de informações que inclui: autores, ano de publicação, país de origem, título, objetivo, amostra, metodologia (incluindo o instrumento de medida da resiliência utilizado), intervenção (se aplicável), resultados e principais conclusões.

RESULTADOS

Foram identificados 164 estudos: 2 na LILACS, 74 na MEDLINE/PubMed, 29 na *Web of Science*, 47 na SCOPUS e 7 na CINAHL. Foi realizada pesquisa em bancos de teses e dissertações e no *Google Scholar* (literatura cinzenta), sendo identificados 5 estudos.

Após leitura dos títulos e resumos, foram selecionados 17 estudos para leitura e análise na íntegra e incluídos 14 estudos ao final: 13 artigos científicos e uma dissertação. Foi realizado o índice Kappa entre as duas avaliadoras, sendo observado concordância de $k=0.86$ ($p < 0.0001$; concordância de 93%). A seleção dos estudos seguiu as recomendações do PRISMA-ScR⁽⁷⁾ conforme apresentado na Figura 1:

Os estudos incluídos foram publicados entre os anos de 2015 e 2020 em diversos países, sendo oito (57%) estudos transversais. Os países que mais publicaram foram os Estados Unidos e o Brasil, com publicação de quatro e três estudos, respectivamente. Nenhum estudo apresentou como temática principal ou relacionada o contexto da pandemia da Covid-19, considerando o efeito devastador e letal ocorrido durante o ano de 2020 (e até o presente ano de 2022) que possivelmente influenciaria na resiliência.

As características dos estudos incluídos podem ser vistas na Figura 2:

Nos estudos incluídos nesta revisão, a avaliação da resiliência foi analisada em indivíduos com cardiopatia isquêmica, infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral e insuficiência cardíaca, sendo identificados seis instrumentos de avaliação da resiliência, quatro adaptados para uso no Brasil: Wagnild & Young, CD-Risc, BRS e o DRS-15. Todas as escalas utilizadas seguem o modelo de respostas tipo *Likert* (4-7 pontos) com variação no número de perguntas (6-25) e são por autorrelato. A Figura 3 apresenta os domínios e os atributos dos instrumentos identificados:

DISCUSSÃO

As pesquisas sobre resiliência têm aumentado nos últimos dez anos a nível nacional⁽⁸⁾ e internacional⁽⁹⁾, bem como as pesquisas que avaliam a resiliência em indivíduos com DCV crônicas. O Plano de Enfrentamento das DCNT proposto para o período de 2021 a 2030, tem como intuito desenvolver e implementar políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências científicas para a prevenção e o controle das DCNT⁽¹⁰⁾. Alguns estudos demonstram

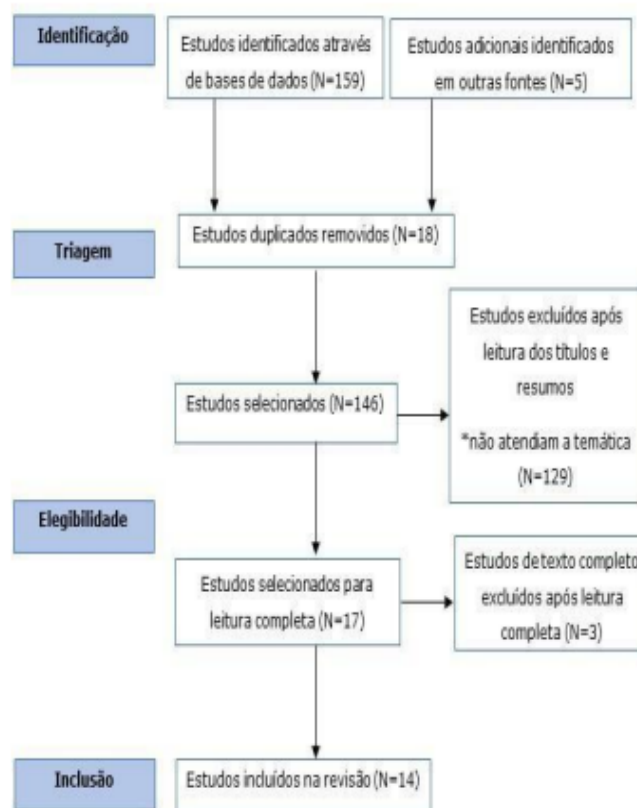


Figura 1 – Fluxograma da busca e elegibilidade dos estudos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021

Fonte: Adaptado do PRISMA-ScR, 2015.

que variáveis psicológicas são potencialmente influenciadoras sobre a ocorrência, manutenção e recuperação das DCV^(3,11).

Partindo do conceito de resiliência (variável psicológica), esta deve ser analisada de modo crítico, a partir da complexidade do fenômeno, compreendendo suas relações e inserções e não sob aspecto exclusivamente individual. Na perspectiva individualizante, a resiliência possui status de "entidade", não interligada a um processo^(6,8).

Medidas de avaliação da resiliência mais antigas, como as escalas de Wagnild & Young (1993) e a CD-Risc (2003), ao invés de examinarem a resiliência como a capacidade de se recuperar, se adaptar ao estresse, analisaram fatores ou recursos de proteção que envolvem características pessoais e estilos de enfrentamento^(9,12). Podemos observar nesses instrumentos domínios que envolvem claramente características individuais.

Há de se refletir sobre duas categorias distintas que figuram como componentes de fundamental importância na resiliência, mas que não devem ser confundidos com o seu conceito: os fatores de risco (padrões de adaptação negativa) e os fatores de proteção (padrões de adaptação positiva). Dentre os fatores de risco psicológicos para as DCV está o estresse, que pode levar ao aumento de adrenalina, alterações hemodinâmicas, neuroendócrinas e imunológicas. Dentre os fatores de proteção psicológicos, destaca-se a capacidade de se adaptar e resistir a situações estressantes, trazendo à tona a resiliência como fator protetivo⁽²⁾.

Uma revisão sistemática⁽⁸⁾ que objetivou compreender como os pesquisadores nacionais têm avaliado a resiliência identificou que 90% dos 31 estudos incluídos, avaliaram construtos associados e/ou características subjacentes à resiliência e não o construto em si.

Ano País	Título	Tipo de estudo	Objetivos	Participantes	Instrumento utilizado
2015 Noruega	Psychological hardiness predicts cardiovascular health	Não apresentada	Avaliar a associação da resiliência psicológica e indicadores de DCV	Alunos de uma universidade com avaliação de lipidograma (N=373)	Dispositional Resilience Scale (DRS)-15
2016 Brasil	Ansiedade, depressão, resiliência e autoestima em indivíduos com DCV	Transversal	Avaliar se existe relação entre sintomas ansiosos, depressivos, resiliência e autoestima com as características dos participantes	Pacientes hospitalizados com DCV de etiologia clínica e cirúrgica (N=120)	Escala de Resiliência de Wagnild & Young
2016 Suíça	Association of Trait Resilience with Peritraumatic and Posttraumatic Stress in Patients with Myocardial Infarction	Ensaio Clínico Randomizado	Replicar que resiliência do traço está associada a níveis reduzidos de estresse pós-traumático.	Pacientes consecutivos com IAM avaliados três meses após a hospitalização (N=98)	Escala de Resiliência de Wagnild & Young adaptada para uso na Alemanha
2016 Reino Unido	Developing a novel peer support intervention to promote resilience after stroke	Métodos Mistos: Revisão de Escopo, Sistemática e Pesquisa Qualitativa	Desenvolver e avaliar uma nova intervenção para promoção da resiliência em pacientes após AVC	Sobreviventes de AVC > 60 anos (N=22)	The Brief Resilience Scale (BRS)
2016 EUA	Low psychological resilience is associated with depression in patients with cardiovascular disease	Transversal	Examinar a relação entre a resiliência psicológica e sintomas de depressão em ambulatório de cardiopatia não-aguda	Pacientes cardiopatas adultos acompanhados ambulatorialmente (N=419)	Forma abreviada de Senso de Coerência (SOC13)
2016 Brasil	Resiliência em Pacientes Portadores de Cardiopatia Isquêmica	Transversal	Investigar a resiliência em indivíduos com cardiopatia isquêmica	Pacientes (35 a 65 anos), internados com diagnóstico de IAM (67) e pacientes sem diagnóstico de IAM(66) (N=133)	Escala de resiliência desenvolvida por Wagnild & Young e adaptada no Brasil
2016 Brasil	Quem vê cara não vê coração: A influência da resiliência na adesão ao tratamento da Insuficiência Cardíaca	Abordagem quantitativa e qualitativa	Avaliar a influência da resiliência na adesão ao tratamento	Pacientes acompanhados em um ambulatório de IC (N=50)	Escala de Resiliência (RS-14)

Ano País	Título	Tipo de estudo	Objetivos	Participantes	Instrumento utilizado
2018 Espanha	Influência del género sobre factores de protección y vulnerabilidad, la adherencia y calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular	Transversal	Examinar as diferenças de gênero sobre fatores de proteção, vulnerabilidade, aderência ao tratamento e QV em pacientes com DCV	91 homens e 107 mulheres (N=198)	Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC)
2018 EUA	Resilience in African American Women at Risk for Cardiovascular Disease: an Exploratory Study	Transversal	Examinar os preditores de resiliência em mulheres afro-americanas em risco para DCV	Mulheres Afro-Americanas em risco para DCV (N=104)	Connor-Davidson Resilience Scale
2019 China	Associations of psychological distress with positive psychological variables and activities of daily living among stroke patients: a cross-sectional study	Transversal	Investigar a prevalência de doenças psicológicas no AVC e identificar as associações de sofrimento psíquico com variáveis psicológicas positivas e AVD	Pacientes com AVC recrutados por conveniência de hospitais comunitários (N=710)	Escala de Resiliência de Wagnild & Young, versão chinesa
2019 EUA	Stress, Resilience, and Cardiovascular Disease Risk Among Black Women: Results From the Women's Health Initiative	Análise documental de uma coorte	Examinar as associações de eventos de vida estressantes e tensão social com incidentes de DCV entre mulheres afro-americanas	Mulheres Afro-americanas (N=10.785)	The Brief Resilience Scale (BRS)
2020 Taiwan	Resilience among older cardiovascular disease patients with probable sarcopenia	Transversal	Investigar os fatores associados com a resiliência entre provável sarcopenia em idosos com doença cardiovascular.	Pacientes ambulatoriais, idosos, com DCV e provável sarcopenia (N=267)	Escala de Resiliência de Wagnild & Young adaptada para uso na China
2020 EUA	Resilience and CVD-protective Health Behaviors in Older Women: Examining Racial and Ethnic Differences in a Cross-Sectional Analysis of the Women's Health Initiative	Transversal	Examinar as associações entre resiliência e fatores de risco relacionados a DCV, como dieta, tabagismo, atividade física, sono e consumo de álcool	Mulheres idosas americanas, de diversas raças e etnias, inscritas no Women's Health Initiative (N=77.395)	The Brief Resilience Scale (BRS)

Ano País	Título	Tipo de estudo	Objetivos	Participantes	Instrumento utilizado
2020 Alemanha	Effects of age on trait resilience in a population-based cohort and two patient cohorts	Coorte longitudinal	Examinar o nível de estabilidade e mudança de resiliência de traço com a idade; avaliar associações de fatores sociodemográficos de personalidade com resiliência de traço	Três coortes divididas: pacientes hospitalizados por um episódio agudo de depressão com DCV (N=1544)	Escala de Resiliência de Wagnild & Young adaptada para uso na Alemanha

Figura 2 – Características dos estudos incluídos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

A escala DRS foi desenvolvida na tentativa de mensurar a resiliência disposicional (*hardiness*), ou seja, enquanto traço(s) de personalidade. No entanto, os próprios autores indicam uma limitação potencial da escala por relacionar a resiliência à alguns traços de personalidade, não a compreendendo como um processo dinâmico que se desenvolve ao longo da vida⁽¹³⁾. Algumas críticas envolvem a constatação de que escalas que se propõem a avaliar a resiliência como um traço de personalidade não são eficazes⁽⁹⁾.

O BRS parece ter um único lugar na pesquisa de medicina comportamental, pois parece ser a única medida que avalia especificamente a resiliência em seu original: se recuperar do estresse. Ao estudar pessoas que já estão doentes, avaliar a capacidade específica de recuperação pode ser mais importante do que avaliar a capacidade de resistir à doença, e por sua vez, ter uma relação mais direta com resultados positivos de saúde^(12,14). Nesta revisão, três dos 14 estudos incluídos utilizaram o BRS, nenhum deles realizado no Brasil⁽¹⁵⁻¹⁷⁾.

O BRS adota uma abordagem orientada para resultados que define a resiliência em termos de quão bem alguém se recupera do estresse, é ideal para intervenções, além de ser um instrumento com seis questões, de rápido preenchimento⁽¹⁶⁾. Entretanto, o BRS deveria conter questões considerando redes de apoio e não voltadas somente para o indivíduo, como pode ser visto nas perguntas que o compõe: "Tenho tendência a me recuperar rapidamente após tempos difíceis? Tenho dificuldade em superar eventos estressantes? Não demoro muito para me recuperar de um evento estressante? É difícil para mim reagir quando algo ruim acontece? Costumo passar por momentos difíceis com poucos problemas? Costumo demorar muito para

superar contratempos na minha vida?".

Estudos recentes têm interesse em indivíduos ou grupos que transcendem o âmbito de enfrentamento de uma situação estressante e conseguem evoluir e se desenvolver a partir dela, num movimento de aprendizado positivo da vivência traumática ou adversa do qual está exposto^(2,18). Quando se trata de uma doença crônica, a resiliência pode contribuir para amenizar o impacto negativo das consequências físicas, sociais, emocionais e econômicas vivenciadas. Ao decidir avaliar a resiliência, o pesquisador deve refletir: para que quer usá-la? Que grupo quer avaliar?⁽⁴⁾ Um estudo avaliou marcadores de vulnerabilidade em saúde de pacientes com insuficiência cardíaca (IC), destacando três dimensões as quais esses indivíduos estão expostos: Pessoa humana, Co-presenças e Cuidado. A dimensão "Pessoa humana" inclui: situação socioeconômica e demográfica, perfil clínico, aprendizagem, comportamentos de saúde e a saúde mental. A dimensão "Co-presenças" inclui: apoio social e os vínculos familiares. Já a dimensão "Cuidado" inclui as tecnologias em saúde, custos e serviços de saúde⁽¹⁹⁾. Estudos como esse são essenciais para identificação de variáveis que podem influenciar na adesão ao tratamento e na qualidade de vida. As definições constitutivas e operacionais dos marcadores de "Co-presenças", quando se trata de apoio social, devem considerar as necessidades de suporte instrumental, emocional, informacional e apoio para autonomia do paciente. E quando refletimos sobre apoio familiar, é preciso levar em consideração as relações familiares, acompanhamento e funcionamento familiar. Além disso, variáveis da saúde mental como aceitação da doença, crenças sobre o tratamento e otimismo disposicional são marcadores fundamentais para avaliação do tratamento⁽¹⁹⁾.

Instrumento	Domínios	Atributos
Dispositional Resilience Scale (DRS)-15	1.Compromisso 2.Controle 3.Desafio	O DRS é uma medida de resiliência, um traço de personalidade que influencia o modo como as pessoas lidam com circunstâncias estressantes. 1. senso de significado e propósito para si mesmo, os outros e o trabalho. 2. senso de autonomia e capacidade de influenciar o próprio destino. 3. senso de entusiasmo pela vida que leva alguém a perceber as mudanças como empolgantes, em vez de ameaças à segurança ou sobrevivência.
Escala de Resiliência de Wagnild & Young	1.Equanimidade 2.Perseverança 3.Autossuficiência 4.Significância 5.Solidão existencial	Avaliaram fatores ou recursos de proteção que englobam atributos pessoais e formas de enfrentamento. 1. estar pronto a enfrentar o que vier, relacionado ao senso de humor. 2. capacidade de continuar confiando em seus pontos fortes e capacidades individuais. 3. ligada às habilidades de resolução de problemas e às pessoas que aceitam suas próprias capacidades e limitações. 4. crença que a vida tem um propósito. 5. percepção de que cada pessoa é única.
The Brief Resilience Scale (BRS)	1.Capacidade de recuperação do estresse	Escala com seis itens: três positivos e três negativos de enfrentamento. 1. Avaliar a capacidade de recuperação ou de se recuperar do estresse.
Forma abreviada de Senso de Coerência (SOC13)	1.Compreensibilidade 2.Gerenciabilidade 3.Significância	Determinação de como uma pessoa lida com o estresse. 1. crença de que o mundo é ordeiro, racional e previsível; 2. crença que se tem os recursos necessários para atender às demandas; 3. crença de que vale a pena enfrentar desafios.
Escala de Resiliência (RS-14)	1.Equanimidade 2.Perseverança 3.Autossuficiência 4.Significância 5. Solidão existencial	Instrumento abreviado da Escala de Wagnild & Young de 25 itens para 14 itens. A versão atual da RS-14 contém cinco itens referentes à autossuficiência, três referentes à significância, dois referentes a Equanimidade, dois que se referem à perseverança, e dois referentes à solidão existencial.
Escala de Resiliência de Connor-Davidson (CD-RISC)	1.Competência pessoal 2.Confiança nos próprios instintos e tolerância à adversidade 3.Aceitação positiva de mudanças 4.Controle 5. Espiritualidade	Autoavaliação da capacidade de enfrentamento do estresse. A escala foi desenvolvida com base em conceitos de dureza, adaptação e resistência ao estresse. 1) ideia de competência pessoal, de altos padrões e tenacidade; 2) ter confiança nos instintos, ser tolerante ao afeto negativo e fortalecimento dos efeitos oriundos do estresse; 3) ter uma aceitação positiva da mudança através de relações seguras; 4) controle das situações; 5) o quanto a espiritualidade influencia a resiliência.

Figura 3 – Instrumentos utilizados nos estudos incluídos. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2021

Fonte: Elaborado pelos autores, 2021.

Estudos recentes apontam que pacientes com IC casados apresentam melhor estado emocional diante do enfrentamento da doença^(20,21), enquanto estudos mais antigos^(22,23) afirmam que as fontes de apoio podem ser pessoas que convivem próximo ao portador de IC, residindo com ele ou não. Muitas vezes pacientes com IC precisam receber cuidados para as atividades da vida diária, sendo fundamental alguém próximo a ele na maior parte do tempo, neste caso, o cônjuge. Esses cuidados estão relacionados ao comprometimento físico (fadiga, dispnéia), tendo como consequência a perda de autocuidado e autoestima, produzindo sentimentos desconfortáveis como constrangimento, sentimentos de inutilidade e tristeza. O nível de resiliência pode estar afetado dependendo da rede de apoio existente.

Nesta revisão podemos identificar que a maioria dos estudos que avaliaram a resiliência em indivíduos com DCV são recentes, mas que ainda consideram instrumentos com domínios que não corroboram com o conceito sobre a resiliência aceito atualmente^(2, 24-33).

Um estudo de revisão metodológica das escalas de resiliência revisou 15 instrumentos de medida. Dentre os instrumentos avaliados, as escalas Wagnild & Young, CD-Risc e a BRS receberam melhores avaliações psicométricas, entretanto, a adequação conceitual e teórica foi questionável. O estudo concluiu que não há um "padrão ouro" atual para as medidas de resiliência⁽³⁴⁾.

Por ser a resiliência um construto em franco desenvolvimento em âmbito nacional e internacional, há escassez de instrumentos que avaliem a resiliência relacionada, especificamente, às doenças crônicas.

REFERÊNCIAS

1. Malta DC, Andrade SSCA, Oliveira TP, Moura L, Prado RR, Souza MFM. Probability of premature death for chronic non-communicable diseases, Brazil and Regions, projections to 2025. *Rev Bras Epidemiol.* 2019;22:E190030. <https://doi.org/10.1590/1980-549720190030>
2. Grillo RO. Quem vê cara não vê coração: a influência da resiliência na adesão ao tratamento da Insuficiência Cardíaca [dissertação de mestrado na internet]. Rio de Janeiro (RJ): Programa de Pós-Graduação do Departamento de Psicologia da PUC-Rio, Pontifícia

CONCLUSÃO

Seis instrumentos de avaliação da resiliência foram identificados nesta revisão, sendo quatro validados para uso no Brasil, e nenhum deles específico para avaliação da resiliência nas doenças crônicas. Esses instrumentos possuem domínios e atributos diversificados, porém, é inquestionável que todos os domínios abordam questões sobre o enfrentamento diante de situações estressantes mediante características individuais. Instrumentos de medida que avaliem o construto em si, com boa análise psicométrica e que considerem as vulnerabilidades as quais os pacientes com DCV estão expostos, seu contexto social e como se dá o enfrentamento diante de situações estressantes, parece ser um caminho promissor para avaliação da resiliência de forma ampliada e específica para resultados positivos em saúde. Acreditamos que esta pesquisa, trará contribuições para a comunidade científica que realiza assistência à indivíduos com DCV crônicas ao avaliar e considerar essa variável de grande importância para o enfrentamento da doença. Esta revisão fundamentará a construção de um instrumento específico para avaliação da resiliência em indivíduos com IC, uma DCV crônica que é a via final da maioria das DCV.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos ao Dr. Ricardo Mourilhe pela colaboração na base conceitual deste estudo.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Universidade Católica; 2016 [citado 2021 jan 15]. 121 p. Disponível em: <https://www.maxwell.vrac.puc-rio.br/27264/27264.PDF>

3. Pinto LM. Resiliência em doenças crônicas: associação com ansiedade, depressão, variáveis sociodemográficas e clínicas [dissertação de mestrado na internet]. Brasília (DF): Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, Universidade de Brasília; 2019 [citado 2021 jan 18]. 87 p. Disponível em: https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/37069/1/2019_LyrisMeruviaPinto.pdf

4. Estela J, Böell W, Maria D, Vieira G, Hegadoren KM. Sociodemographic factors and health conditions associated with the resilience of people with chronic diseases: a cross sectional study. *Rev Latino-Am Enferm*. 2016;24:e2786. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1205.2786>
5. Brandão JM, Mahfoud M, Gianordoli-Nascimento IF. The construction of the concept of resilience in psychology: discussing the origins of resilience. *Paidéia*. 2011;21(49):263-71. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2011000200014>
6. Nascimento BDPS, Sampaio CRB, Vasconcelos BRT. Resiliência: notas epistemológicas, teóricas e críticas. *Rev Amazon (Online)* [Internet]. 2020 [citado 2021 jan 15];25(2):814-845. Disponível em: <https://periodicos.ufam.edu.br/index.php/amazonica/article/view/7805>
7. Joanna Briggs Institute (JBI). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015 edition/ Supplement [Internet]. Adelaide: JBI; 2015 [citado 2021 jan 20]. Disponível em: <https://nursing.lsuhsu.edu/JBI/docs/ReviewersManuals/Scoping-.pdf>
8. Oliveira KS, Nakano TC. Avaliação da resiliência em Psicologia: revisão do cenário científico brasileiro. *Psicol Pesq* [Internet]. 2018 [citado 2021 mar 15];12(1):1-11. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472018000100009
9. Oliveira KS, Nakano TC. Avaliação da resiliência: uma revisão internacional. *Psicol Ver (Online)* [Internet]. 2019 [citado 2021 mar 15];25(19):1021-43. Disponível em: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/view/13157/17188>
10. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise da Situação de Saúde. Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2020 [citado 2021 mar 20]. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/images/pdf/2020/October/01/Plano-DANT-vers--o-Consulta-p--blica.pdf>
11. Soares MRZ, Ferreira RER, Carvalho FA, Santos DR dos. Psicocardiologia: análise de aspectos relacionados à prevenção e ao tratamento de doenças cardiovasculares. *Rev Bras Ter Comport Cogn* [Internet]. 2016 [citado 2021 may 20];18(1):59-71. Disponível em: <http://rbtcc.webhostusp.sti.usp.br/index.php/RBTCC/article/view/832>
12. Smith BW, Dalen J, Wiggins K, Tooley E, Christopher P, Bernard J. The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *Inter J Behav Med* [Internet]. 2008 [citado 2021 may 11];15(3):194-200. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1080/10705500802222972>
13. Solano JPC. Adaptação e validação de escalas de resiliência para o contexto cultural brasileiro: escala de resiliência disposicional e escala de Connor-Davidson [tese de doutorado na internet]. São Paulo (SP): Faculdade de Medicina de São Paulo, Universidade de São Paulo; 2016 [citado 2021 apr 21]. 207 p. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5152/tde-23082016-092756/publico/JoaoPauloConsentinoSolano.pdf>
14. Almeida MH, Dias S, Xavier M, Torgal J. Validação Exploratória e Confirmatória da Escala de Resiliência Connor-Davidson (CD-RISC-10) numa Amostra de Inscritos em Centros de Emprego. *Acta Med Port*. 2020;33(2):124-132. <https://doi.org/10.20344/amp.12243>
15. Sadler E, Sarre S, Tinker A, Bhalla A, McKeivitt C. Developing a novel peer support intervention to promote resilience after stroke. *Health Soc Care Community*. 2017;25(5):1590-600. <https://doi.org/10.1111/hsc.12336> [included in the review]
16. Felix AS, Lehman A, Nolan TS, Sealy-Jefferson S, Breathett K, Hood DB et al. Stress, resilience, and cardiovascular disease risk among black women: Results from the women's health initiative. *Circ Cardiovasc Qual Outcomes* [Internet]. 2019 [citado 2021 maio 10];12(4):1-14. Disponível em: ht-

- [tps://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCOUTCOMES.118.005284](https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCOUTCOMES.118.005284) [included in the review]
17. Springfield S, Qin F, Hedlin H, Eaton CB, Rosal MC, Taylor H et al. Resilience and CVD-protective health behaviors in older women: Examining racial and ethnic differences in a cross-sectional analysis of the women's health initiative. *Nutrients*. 2020;12(7):1-18. <https://doi.org/10.3390/nu12072107> [included in the review]
 18. Vasconcelos AO, Batista VC, Back IR, Miguel MEGB, Marquete VF, Marcon SS. Avaliação da resiliência de Pessoas com condições crônicas e cuidadores. *Rev Enferm UFPE Online*. 2019;13(3):690-6. <https://doi.org/10.5205/1981-8963-v13i03a239188p690-696-2019>
 19. Cestari VRF, Florêncio RS, Pessoa VLMP, Moreira TMM. Validação dos marcadores da vulnerabilidade em saúde da pessoa com insuficiência cardíaca. *Rev Eletrônica Acervo Saúde*. 2021;13(5):1-11. <https://doi.org/10.25248/reas.e7282.2021>
 20. Sousa MM, Oliveira JS, Soares MJGO, Bezerra SMMS, Araujo AA, Oliveira SHS. Association of social and clinical conditions to the quality of life of patients with heart failure. *Rev Gaúch Enferm*. 2017;38(2):1-8. <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.02.65885>
 21. Souza TCTOA, Correia DMS, Nascimento DC, Christovam BP, Batista DCS, Cavalcanti ACD. The difficult daily life of heart failure bearing patients. *J Res Fundam Care Online [Internet]*. 2019 [citado 2021 jun 10];11(5):1340-6. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/8060>
 22. Dantas RAS, Pelegrino VM, Garbin LM. Avaliação do apoio social e sua relação com variáveis sociodemográficas de pacientes com insuficiência cardíaca em seguimento ambulatorial. *Ciênc Cuid Saúde [Internet]*. 2007 out/dez [citado 2021 jun 13];6(4):456-462. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/3680/2683>
 23. Sayers SL, Riegel B, Pawlowski S, Coyne JC, Samaha FF. Social support and self-care of patients with heart failure. *Ann Behav Med*. 2008;35(1):70-9. <https://doi.org/10.1007/s12160-007-9003-x>
 24. Bartone PT, Valdes JJ, Sandvik A. Psychological hardiness predicts cardiovascular health. *Psychol Health Med*. 2016;21(6):743-9. <https://doi.org/10.1080/13548506.2015.1120323> [included in the review]
 25. Carvalho IG, dos Santos Bertolli E, Paiva L, Rossi LA, Dantas RAS, Pompeo DA. Anxiety, depression, resilience and self-esteem in individuals with cardiovascular diseases. *Rev Latino-Am Enferm*. 2016;24:e2836. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1405.2836> [included in the review]
 26. Meister RE, Princip M, Schnyder U, Barth J, Znoj H, Schmid JP et al. Association of trait resilience with peritraumatic and posttraumatic stress in patients with myocardial infarction. *Psychosom Med*. 2016;78(3):327-34. <https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000278> [included in the review]
 27. Toukhsati SR, Jovanovic A, Dehghani S, Tran T, Tran A, Hare DL. Low psychological resilience is associated with depression in patients with cardiovascular disease. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2017;16(1):64-9. <https://doi.org/10.1177/1474515116640412> [included in the review]
 28. Lemos CMM, Moraes DW, Pellanda LC. Resilience in Patients with Ischemic Heart Disease. *Arq Bras Cardiol*. 2016;106(2):130-135. <https://doi.org/10.5935/abc.20160012> [included in the review]
 29. Alemán JF, Rueda B. Influencia del género sobre factores de protección y vulnerabilidad, la adherencia y calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular. *Aten Prim*. 2019;51(9):529-35. <https://doi.org/10.1177/1474515116640412>

- org/10.1016/j.aprim.2018.07.003 [included in the review]
30. Saban KL, Tell D, Janusek L. Resilience in African American Women at Risk for Cardiovascular Disease: an exploratory study. *J Urban Health* [Internet]. 2019 [citado 2021 may 10];96:44-49. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11524-018-00334-0> [included in the review]
 31. Wang X, Shang S, Yang H, Ai H, Wang Y, Chang S, et al. Associations of psychological distress with positive psychological variables and activities of daily living among stroke patients: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2019 [citado 2021 may 10];19(1):1-10. Disponível em: <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-019-2368-0> [included in the review]
 32. Lee S-Y, Tung H-H, Peng L-N, Chen L-K, Hsu C-I, Huang Y-L. Resilience among older cardiovascular disease patients with probable sarcopenia. *Arch Gerontol Geriatr*. 2020;86. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103939> [included in the review]
 33. Linnemann P, Wellmann J, Berger K, Teismann H. Effects of age on trait resilience in a population-based cohort and two patient cohorts. *J Psychosom Res*. 2020;136:110170. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110170> [included in the review]
 34. Windle G, Bennett KM, Noyes J. A methodological review of resilience measurement scales. *Health Qual Life Outcomes* [Internet]. 2011 [citado 2021 jun 11];9(1):8. Disponível em: <https://hqlo.biomedcentral.com/articles/10.1186/1477-7525-9-8>

CONTRIBUIÇÃO DE AUTORIA

Concepção do projeto: Oliveira JA, Pádua BLR, Cordeiro RG, Albuquerque DC
Obtenção de dados: Oliveira JA, Pádua BLR, Cordeiro RG
Análise e interpretação dos dados: Oliveira JA, Pádua BLR, Cordeiro RG, Albuquerque DC
Redação textual e/ou revisão crítica do conteúdo intelectual: Oliveira JA, Pádua BLR, Albuquerque DC
Aprovação final do texto a ser publicada: Oliveira JA, Albuquerque DC
Responsabilidade pelo texto na garantia da exatidão e integridade de qualquer parte da obra: Oliveira JA, Albuquerque DC



Copyright © 2022 Online Brazilian Journal of Nursing

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License CC-BY, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. This license is recommended to maximize the dissemination and use of licensed materials.