

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM

CARLOS ALBERTO CAMPOS JÚNIOR

**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS E DE SAÚDE
ASSOCIADAS À RESILIÊNCIA DE INDIVÍDUOS COM UMA DOENÇA CARDÍACA.**

SÃO LUÍS
2020

CARLOS ALBERTO CAMPOS JÚNIOR

**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS E DE SAÚDE
ASSOCIADAS À RESILIÊNCIA DE INDIVÍDUOS COM UMA DOENÇA CARDÍACA.**

Trabalho de conclusão de curso apresentado a banca de defesa de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Líscia Divana Carvalho Silva.

SÃO LUÍS

2020

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Campos Júnior, Carlos Alberto.

Características Demográficas, Socioeconômicas e de Saúde Associadas à Resiliência de Indivíduos com uma Doença Cardíaca / Carlos Alberto Campos Júnior. - 2020.
73 f.

Orientador(a): Liscia Divana Carvalho Silva.
Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,
Universidade Federal do Maranhão, São Luis, 2020.

1. Associação. 2. Cardiopatias. 3. Resiliência Psicológica. I. Carvalho Silva, Liscia Divana. II. Título.

CARLOS ALBERTO CAMPOS JÚNIOR

**CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS E DE SAÚDE
ASSOCIADAS À RESILIÊNCIA DE INDIVÍDUOS COM UMA DOENÇA CARDÍACA.**

Trabalho de conclusão de Curso de Bacharelado em Enfermagem apresentado à banca de defesa do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em ____, de _____, do ano de 20__.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Líscia Divana Carvalho Silva (Orientadora)
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Ma. Flávia Danyelle Oliveira Nunes
Universidade Federal do Maranhão

Profa. Dra. Sirliane de Sousa Paiva
Universidade Federal do Maranhão

“A maior glória em viver não está em jamais cair, mas em nos levantar cada vez que caímos.”

Nelson Mandela

AGRADECIMENTOS

À Deus que nunca me abandonou nem nos momentos mais difíceis durante essa graduação.

Aos meus pais, Carlos Alberto Campos e Rosiene de Jesus Mendes Campos, que sempre estiveram comigo em todos os momentos de alegria e tristeza e em instante algum deixaram que algo faltasse para mim. A ambos, minha eterna gratidão por terem me mostrado o poder da educação em transformar a vida das pessoas.

À minha irmã e minha sobrinha, Carla Camila Mendes Campos e Maria Isis Costa Campos, que em diversos momentos estiveram lá para me dar ânimo e não me deixarem desistir dos meus objetivos.

À minha orientadora, Profa. Dra. Líscia Divana Carvalho Silva, por ter tido muita paciência e me ajudado nesse processo que não foi fácil. Minha admiração eterna a pessoa maravilhosa que a senhora é.

À minha tia e prima, Rosilene de Jesus Mendes Campos e Geovana Mendes Oliveira, por terem estado presentes comigo em todos os momentos, me dando ânimo, alegria e comida.

À mulher maravilhosa que Deus colocou em minha vida, Thayane Helena Vale Gomes dos Santos, por estar comigo em todos os momentos e me ajudado nas muitas dificuldades, sempre me dando força e mostrando que podemos alcançar qualquer sonho por mais difícil que seja.

À minha avó paterna, Terezinha de Jesus Maciel Campos, que sempre me deu os melhores conselhos e me ouvia quando precisava.

Às minhas tias paternas, Alzira de Jesus Maciel Campos, Cláudia Conciene Maciel Campos, Clárice Maciel Campos e Conci Maciel Campos, vocês terão minha gratidão e sintam-se abraçadas por terem participado disso.

Aos meus amigos de verdade, Anne Caroline Rodrigues Aquino, Bruna Cristina Silva Andrade, João Paulo Almeida e Felipe Moraes, por terem estado comigo durante essa graduação e tornarem essa vivência suportável.

Ao Centro Acadêmico de Enfermagem Rosilda Dias por ajudarem na construção da minha concepção política e mostrado que precisamos nos mobilizar em defesa do que é nosso.

Por fim, a Banca examinadora, as professoras Flávia Danyelle Oliveira Nunes e Sirliane de Sousa Paiva, por terem aceitado participar desse processo.

RESUMO

A resiliência apresenta-se como um assunto contemporâneo de saúde ainda em construção, inserindo-se em um novo paradigma de saúde, que privilegia os recursos saudáveis do indivíduo. Constitui uma característica psicossocial que pode estar associada a desfechos clínicos em pacientes cardiopatas, sendo influenciada por fatores de risco e proteção que são decorrentes de situações adversas. Investigar o processo de resiliência em indivíduos com uma doença cardíaca. Estudo transversal de abordagem quantitativa realizado numa instituição de referência estadual em atendimentos de alta complexidade no Maranhão nos meses de setembro e outubro de 2019. A amostra foi composta por 51 pacientes cardiopatas. Foi utilizada a Escala de Connor-Davidson de Resiliência (CD-RISC-25). As variáveis quantitativas foram descritas sob a forma de médias e desvio-padrão. Para a análise estatística foi utilizado o Software IBM SPSS Statistics versão 26.0. Para verificar a presença de associação entre a variável dependente (resiliência) e as variáveis independentes foi utilizada a regressão logística e para analisar a força da associação entre as variáveis utilizou-se o método *Stepwise backward* e o teste de Hosmer-Lemeshow. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade federal do Maranhão, parecer favorável número 3.396.844. Foram considerados 41 (80,4%) indivíduos resilientes e 10 (19,6%) indivíduos não resilientes. Os indivíduos resilientes foram predominantemente homens (73,2%), idades de 57 a 69 anos (44%), cor parda (73,2%), união estável (75,6%), ensino médio completo (31,7%), motorista (12,3%), procedentes do domicílio (51,2%), residentes em outros municípios (73,2%), católicos (56,1%), praticantes da religião (73,2%), família composta por companheiro (a) e filhos (46,3%), rede de apoio o companheiro (a) (34,1%) e renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (51,2%). Foi prevalente a doença arterial coronariana (68,3%), tempo médio de diagnóstico de 39,3 meses, hipertensos (47,5%), submetidos a tratamento cirúrgico (75,6%), revascularizados (51,2%), uso de terapêutica medicamentosa (82,9%), tempo médio de medicação 55,2 meses e de internação hospitalar 1,3 meses, Os sintomas mais frequentes foram a precordialgia (47,2%) e dispneia (37,7%), os quais afetaram as atividades principalmente de andar (37,7%) e trabalhar (30,2%), motivo de reinternações (53,7%). Foram considerados relevantes os fatores da Escala CD-RISC-25 que apresentaram taxa de responsividade igual ou superior a 50% na resposta “quase sempre verdadeiro”, com representatividade o fator 2 – Adaptabilidade e tolerância (51%) e o fator 3 - Confiança no apoio externo (66,7%). Nos quatro fatores destacaram os seguintes itens: fator 1 - “Eu sei onde quero chegar na minha vida” (72%); fator 2- “Eu consigo me recuperar bem de uma doença, acidente ou outras dificuldades” e “Eu me considero uma pessoa forte quando tenho que lidar com os desafios e dificuldades da vida”, ambos (60,8%); fator 3 - “Quando meus problemas não tem uma solução clara, as vezes Deus ou o destino podem ajudar” (76,5%) e fator 4 - “Eu acredito que a maioria das coisas boas ou ruins acontecem por alguma razão” (52,9%). Não houve associação significativa entre resiliência e as variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde. A resiliência possui caráter interativo sendo modelada a partir da interação de fatores de risco e de proteção. Identificou-se resiliência em grande parte dos indivíduos com diagnóstico médico de doença cardíaca, sendo possível inferir que os fatores influenciaram no processo de resiliência.

Descritores: Cardiopatas. Resiliência psicológica. Associação.

ABSTRACT

Resilience presents itself as a contemporary health issue still under construction, inserting itself in a new health paradigm, which privileges the healthy resources of the individual. It is a psychosocial feature that may be associated with clinical outcomes in patients with heart disease, being influenced by risk and protective factors that are due to adverse situations. To investigate the resilience process in individuals with heart disease. Cross-sectional study of a quantitative approach conducted in a state reference institution in high complexity care in Maranhão in September and October 2019. The sample consisted of 51 cardiac patients. The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-25) was used. Quantitative variables were described as means and standard deviation. Statistical analysis was performed using the IBM SPSS Statistics Software version 26.0. To verify the presence of association between the dependent variable (resilience) and independent variables, logistic regression was used and to analyze the strength of association between the variables, the Stepwise backward method and the Hosmer-Lemeshow test were used. The study was approved by the Research Ethics Committee of the University Hospital of the Federal University of Maranhão, favorable opinion number 3.396.844. Thus 41 (80.4%) resilient individuals and 10 (19.6%) non-resilient individuals were considered. The sample of resilient individuals was predominantly male (73.2%), ages 57-69 (44%), brown (73.2%), stable union (75.6%), complete high school (31.7%), driver (12.3%), from home (51.2%), residents of other municipalities (73.2%), Catholics (56.1%), practitioners of some religion (73, 2%), family composed of a partner and children (46.3%), main support network of the partner (34.1%) and income of 1 to 2 minimum wages (51.2%). Coronary artery disease (68.3%), mean diagnosis time of 39.3 months, hypertensive (47.5%), undergoing surgical treatment (75.6%), revascularization (51.2%), use of drug therapy (82.9%), average medication time of 55.2 months and average hospital stay of 1.3 months. The most frequent symptoms were precordialgia (47.2%) and dyspnea (37, 7%), which affect activities mainly walking (37.7%) and working (30.2%), reason for readmissions (53.7%). Factors of the CD-RISC-25 Scale that have a responsiveness rate equal to or greater than 50% in the "almost always true" response were considered relevant. Thus, factor 2 - adaptability and tolerance (51%) and factor 3-confidence in external support (66.7%). In the four factors, the following items were highlighted: factor 1- "I know where I want to go in my life" (72%); factor 2- "I can recover well from illness, an accident or other difficulties" and "I consider myself a strong person when I have to deal with life's challenges and difficulties", both (60.8%); factor 3 - "When my problems don't have a clear solution, sometimes God or destiny can help" (76.5%) and factor 4 - "I believe most good or bad things happen for some reason" (52, 9%). There was no significant association between resilience and sociodemographic and health variables. Resilience has an interactive character being modeled from the interaction of risk and protection factors. Resilience was identified in most individuals with a medical diagnosis of heart disease, and it was possible to assess that the factors influenced the resilience process.

Keywords: Heart disease. Resilience, psychological. Association.

LISTAS DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Distribuição de frequência simples, relativa, média, desvio padrão e escores da Escala CD-RISC-25 dos indivíduos resilientes e não resilientes com uma doença cardíaca. São Luís – Maranhão, 2019.....	20
Gráfico 1 – Distribuição de frequências relativas dos fatores tenacidade, adaptabilidade e tolerância, confiança no apoio externo e intuição da Escala CD-RISC-25.....	32
Gráfico 2 – Distribuição de frequências relativas dos 25 itens que compõe a Escala CD-RISC 25.....	35

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da frequência de indivíduos resilientes e não resilientes com uma doença cardíaca. São Luís – Maranhão, 2019.....	22
Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica e econômica dos indivíduos resilientes e não-resilientes com uma doença cardíaca. São Luís – Maranhão, 2019.....	23
Tabela 3 – Caracterização clínica dos indivíduos resilientes e não-resilientes com uma doença cardíaca. São Luís – MA, 2019.....	29
Tabela 4 – Associação por regressão logística, coeficiente de Hosme-Lemeshow e <i>odds ratio</i> entre a variável resiliência (dependente) e demais variáveis (independentes).....	39

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	15
2.1 Objetivo geral	15
2.2 Objetivos específicos	15
3 MÉTODO	16
3.1 Tipo e Local do Estudo	16
3.2 População e Amostra	16
3.3 Coleta de dados	17
3.4 Instrumento de coleta de dados	17
3.5 Análise dos dados	18
3.6 Aspectos Éticos	19
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
5 CONCLUSÃO	42
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICES	50
ANEXOS	55

1 INTRODUÇÃO

Na história da humanidade, em todos os tempos e lugares, sempre existiram experiências negativas e de grande adversidade para a vida humana. A resiliência ajuda o indivíduo a descobrir sua força interior, sua capacidade de resistir e reagir positivamente, mediante as condições adversas, exprimindo o reconhecimento e a valorização da habilidade de ter coragem e vontade de realizar uma mudança de vida. O ambiente social é um espaço de aprendizado a partir das relações e o cotidiano é formado pelo ambiente que se constrói com o coletivo, cultural, relações, práticas, experiências e projetos. Os confrontos e reflexões que emergem dos conflitos, das dificuldades que possam ocorrer são propícios de diálogo e compreensão das adversidades com o diferente (SOARES, 2016).

A resiliência apresenta-se como um assunto contemporâneo de saúde ainda em construção. Considera-se relevante toda a forma de contribuição na descoberta das suas especificidades e aplicações, que se insere em um novo paradigma de saúde, que privilegia os recursos saudáveis do indivíduo. Independentemente das diferentes formas de análise da resiliência, percebe-se que a perspectiva teórica e clínica analisam o conceito de resiliência como um processo, e não como uma característica mais estável do indivíduo (CABRAL; LEVANDOWSKI, 2013).

A relação da resiliência com outros conceitos salutogênicos veio mostrar que relacionar-se, assumir responsabilidades conjuntas, acreditar nas capacidades pessoais e dos outros, fazer escolhas significativas, ser perseverante e flexível são ferramentas importantes na hora de enfrentar as adversidades que a vida apresenta. A resiliência é, pois, um processo de crescimento, de desenvolvimento interior, sempre inacabado. O caminho é pessoal, percorrido por cada um, mas não é de todo um percurso solitário (AMARAL-BASTOS, 2013).

São muitos os fatores de risco, crônicos ou agudos, que afetam a capacidade de resiliência das pessoas. Condições de pobreza, rupturas na família, vivência de algum tipo de violência, perdas importantes e experiências de doença do indivíduo ou familiares, são alguns exemplos. Compreender de que forma esses mediadores agem para atenuar os efeitos negativos do estresse ou do risco é tarefa tão complexa quanto determinar o que é fator de adversidade para cada ser humano (PESCE et al., 2004). A resiliência não é uma característica ou traço individual, mas

consequência da interação entre os fatores de risco, a intensidade e duração dos mesmos e dos fatores de proteção do indivíduo ou do seu ambiente, decorrentes de relações parentais satisfatórias e da disponibilidade de fontes de suporte social (GARCIA; BRINO; WILLIAMS, 2009).

Nesse sentido, a resiliência não se restringe apenas ao indivíduo dentro da família, mas a família como um todo, embora muitos aspectos estudados na resiliência individual tenham sido incorporados à noção de família resiliente, tais como a ênfase na resiliência como um processo em desenvolvimento e não como um fenômeno estático; a importância da etapa do desenvolvimento em que o indivíduo ou a família se encontram quando se deparam com a adversidade e o papel que desempenham os fatores de risco e de proteção na determinação da resposta do sujeito ou da família as situações que enfrentam (WALSH, 2007).

A adversidade, ao ser apresentada como antecedente é impulsionadora da resiliência. As habilidades cognitivas da aprendizagem e a interpretação da adversidade são fundamentais para superar dificuldades. As expectativas, as realizações e a esperança estão presentes na resiliência, bem como a determinação e a flexibilidade que permitem o enfrentamento. A consequência do processo resiliente manifesta-se na gestão positiva da adversidade e no crescimento pessoal. A resiliência é descrita como um conceito, um traço de caráter, como o resultado de um processo, o próprio processo ou um modo específico de funcionamento comportamental ou psíquico (AMARAL-BASTOS, 2013).

As mudanças, por exemplo, ocasionadas por uma doença crônica nem sempre são enfrentadas de maneira adequada, o que ocasiona dificuldades no cuidado e controle da doença, gerando estresse e trazendo sofrimento para os indivíduos e suas famílias. No entanto, percebe-se que algumas pessoas conseguem superar essas dificuldades mantendo-se aderentes ao tratamento e enfrentando sua doença como algo a ser superado, mesmo que, muitas vezes, possuam inúmeros outros problemas nos diversos âmbitos de sua vida. Esse fato pode estar relacionado com o conceito de resiliência (BOELL; SILVA; HEGADOREN, 2016).

Indivíduos pouco resilientes, possivelmente, apresentam maior exposição ao estresse e enfrentamento prejudicado em face às adversidades, podendo gerar sintomas de ansiedade, depressão, raiva, impulsividade e baixa autoestima (CARVALHO et al., 2016).

O grau de resiliência de determinado indivíduo está marcado temporalmente no curso de sua vida e qualquer forma de mensuração corresponde apenas a um retrato instantâneo. Destaca-se a visão subjetiva do indivíduo em relação aos níveis de exposição e os seus limites frente às adversidades, de maneira que um evento pode ser encarado como um perigo para certo indivíduo, enquanto que para outro é enfrentado com desafio. Esta diferença corresponderia à capacidade de resiliência. Assim, a contribuição que estudos mais recentes trouxeram ao tema foi de que a resiliência, em vez de um atributo estável, presente ou ausente, apresenta-se na forma de um espectro, com indivíduos mais ou menos resilientes, e sujeitos a uma aprendizagem contínua sobre seus mecanismos (LEMOS, MORAES, PELLANDA, 2016).

A grande dificuldade, no entanto, consiste na operacionalização dos achados científicos da resiliência na prática clínica. Tal fato pode estar relacionado à incapacidade do modelo biomédico lidar com todas as interações psicossociais, sociodemográficas, comportamentais, às vezes até mesmo os processos fisiopatológicos desencadeantes do comportamento doloroso. Nesse sentido, destaca-se o enfoque biopsicossocial, em que as características biológicas, psicológicas e sociais do sujeito tornam-se um aspecto importante na compreensão do processo saúde-doença, a exemplo, sua aplicação na prática clínica com indivíduos portadores de doenças crônicas. Reconhece-se que a resiliência pode mudar ao longo do tempo a um construto fortemente relacionado à história de vida do indivíduo (SOUZA et al., 2017).

Nessa perspectiva, torna-se relevante investigar aspectos relacionados à personalidade do indivíduo com uma doença cardíaca, as estratégias de enfrentamento utilizadas por ele e o suporte social, visando à melhor compreensão do fenômeno resiliência. A investigação das condições que permeiam a vida, no caso do indivíduo cardiopata, tem ganhado maior atenção como um considerável desfecho de saúde, não somente relacionado a sintomatologia e condições clínicas, mas em termos de bem-estar, satisfação e qualidade de vida (BERTOLETTI et al., 2014).

A proximidade do conceito de resiliência com a promoção da saúde constitui-se como interpelação para os enfermeiros no sentido de se tornarem tutores da resiliência, ou pessoas emocionalmente solidárias para com os utentes a quem prestam cuidados. O desafio de olhar o outro na sua dinâmica holística,

procurando ver na pessoa sua força interior para além das aparências, pode motivar recursos internos e externos, institucionais e comunitários. Existem muitas estratégias que podem ser utilizadas para motivar à resiliência, porém não existe uma receita possível. Conhecer a cultura local e familiar além da perspectiva pessoal é fundamental, pois o que pode ser para alguém fator de proteção para outro pode ser de risco (AMARAL - BASTOS, 2013).

Desta forma, enfermeiros e outros profissionais da saúde devem planejar uma abordagem focada na pessoa. Uma avaliação de saúde voltada para os aspectos biopsicossociais e espirituais do paciente cardíaco no ambiente hospitalar poderá contribuir para a identificação precoce de sintomas ansiosos, depressivos, baixa autoestima e resiliência prejudicada, com o intuito de promover estratégias individuais e em grupo para o tratamento dessas condições (CARVALHO et al., 2016).

Diante da inegável necessidade de encontrar estratégias que ajudem os indivíduos no controle de uma condição crônica e convivência mais harmônica com a própria doença, a resiliência surge como um fenômeno que necessita ser estudado, explorado, verificando, inclusive, associação com outras variáveis de modo a colaborar no cuidado indicando elementos para promoção da saúde e enfrentamento da situação (BOELL; SILVA; HEGADOREN, 2016). A presente pesquisa propõe responder a seguinte questão norteadora: Como se dá o processo de resiliência em indivíduos com uma doença cardíaca? Pretende-se, pois investigar a resiliência da pessoa cardiopata e as inter-relações entre suas variáveis.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Investigar o processo de resiliência em indivíduos com uma doença cardíaca.

2.2 Objetivos específicos

- Verificar a associação entre resiliência e características demográficas, socioeconômicas e de saúde;
- Descrever os principais comportamentos para o enfrentamento das condições de saúde.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo e Local do Estudo

Estudo transversal de abordagem quantitativa que faz parte de um projeto maior intitulado “Vulnerabilidade e resiliência em pacientes com uma doença cardíaca: uma análise de fatores de risco, de proteção e de adesão ao tratamento”.

O estudo foi realizado na Enfermaria Cardiológica do Hospital Dr. Carlos Macieira (HCM), instituição pública, referência estadual em atendimentos de alta complexidade no Maranhão, localizado na cidade de São Luís - Maranhão. O HCM possui o Serviço de Cardiologia que atende a demanda de todo o Maranhão e estados adjacentes, oferecendo serviços de diagnóstico e tratamento nas afecções cardiovasculares diversas como a cardiologia clínica e cirúrgica, hemodinâmica, eletrofisiologia, teste ergométrico, ergoespirometria, eletrocardiografia, ecodopplercardiograma transtorácico e transesofágico (BRASIL, 2019).

A Enfermaria Cardiológica do HCM está localizada no terceiro andar, dispõe de 40 leitos de internação especializada para a cardiologia de adultos e conta com uma equipe multiprofissional formada por cardiologista clínico, eletrofisiologista, hemodinamicista, cirurgião cardíaco, enfermeiro, técnico de enfermagem e técnico administrativo. Nas afecções cardiovasculares mais graves, o tempo médio de internação é de vinte e um (21) dias.

3.2 População e Amostra

A população compreendeu indivíduos adultos com diagnóstico médico de doença cardíaca internados na Enfermaria Cardiológica do Hospital Dr. Carlos Macieira com capacidade de compreensão e comunicação verbal preservada. Dessa forma foram excluídos indivíduos menores de 18 anos, com dificuldades na fala e que apresentassem distúrbios mentais. Quatro (04) pacientes foram excluídos da pesquisa por serem adolescentes.

A amostra foi composta por cinquenta e um (51) indivíduos com uma doença cardíaca, obtida por conveniência.

3.3 Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada na Enfermaria Cardiológica do HCM nos meses de setembro e outubro de 2019, por meio da entrevista individual estruturada, em três dias da semana, no turno vespertino, sendo aplicada a Escala de resiliência.

Os dados foram coletados pelo próprio pesquisador, após a explicação dos procedimentos éticos, garantindo o anonimato e confidencialidade das informações, respeitando-se a privacidade e convidando os indivíduos a descrever como se organizam diante das vivências e adversidades do processo saúde-doença por meio da aplicação da escala de resiliência.

3.4 Instrumento de coleta de dados

Utilizou-se para coleta de dados um formulário sociodemográfico e clínico contendo questões relacionadas a sexo, cor, idade, procedência, domicílio, religião, escolaridade, profissão, renda, situação conjugal, composição familiar, rede de apoio, diagnóstico médico, tempo de diagnóstico, outras doenças associadas, tratamento, intervenções, medicações em uso, tempo de internação, sintomas, se afetam a vida diária, outras internações, reinternações (APÊNDICE A) e questões relacionadas a capacidade de adaptar-se a doença da Escala Connor- Davidson - 25 de Resiliência (CD-RISC - 25) (ANEXO B).

A Escala Connor- Davidson de Resiliência (CD-RISC-25) foi desenvolvida por Kathryn M. Connor e Jonathan R. T. Davidson, em 2003, com a finalidade de criar uma medida válida para quantificar o fenômeno de resiliência, estabelecer valores de referência e investigar sua estabilidade em resposta a tratamentos. A versão final da escala, com 25 itens, reuniu cinco fatores: competência pessoal, confiança nos próprios instintos e tolerância à adversidade, aceitação positiva da mudança, controle e espiritualidade. O fator 1 possui onze (11) itens, o fator 2 nove (9) itens, o fator 3 três (3) itens e o fator 4 possui dois (2) itens. A CD-RISC-25 é autoaplicável e os participantes registram suas respostas em uma escala tipo likert com pontuações que variam de 0 (nem um pouco verdadeiro) a 4 (quase sempre verdadeiro). Os resultados são apurados somando-se a pontuação dos participantes em cada item que varia entre zero e cem pontos. Pontuações elevadas indicam alta resiliência. A escala CD-RISC-25 é unidimensional e apresentou provas de boa

confiabilidade, tanto pelo alfa de Cronbach (0,89), como pelas análises de teste-reteste (coeficiente de correlação = 0,87), alta consistência interna (alfa de Cronbach = 0,85) e boa validade de construto, convergente e discriminante (ANEXO B).

Ressalta-se que Solano et al. (2016) no processo de adaptação transcultural e validação da Escala CD-RISC-25 para a realidade brasileira, por meio de estudos estatísticos, estabeleceu quatro (4) fatores de arcabouços para a construção da resiliência, a saber: fator 1 (tenacidade), fator 2 (adaptabilidade e tolerância), fator 3 (confiança no apoio externo) e o fator 4 (intuição). Esses fatores englobaram os 25 itens que compõe a escala (CONNOR E DAVIDSON, 2003; SOLANO et al., 2016).

Destaca-se que como a Escala de Connor e Davidson (CD-RISC-25) não é de domínio público e tem *copyright*, inicialmente foi enviado e-mail aos autores Connor - Davidson solicitando a autorização para utilização da mesma. A coleta de dados ocorreu somente após a autorização dos autores (ANEXO C).

3.5 Análise dos dados

As abordagens quantitativas consideram a possibilidade de quantificar, traduzindo em números as informações e opiniões com finalidade de classificar e analisar o objeto do estudo em questão (MARQUES; MELO, 2017).

Para a classificação dos indivíduos em resilientes e não-resilientes foi utilizado o critério de desvio-padrão da média, vale a ressalva que sempre que necessário devem ser realizados arredondamentos. Os indivíduos com pontuação acima deste valor foram classificados como resilientes.

As variáveis quantitativas foram descritas sob a forma de médias e desvio-padrão. Para a análise estatística foi utilizado o Software IBM SPSS *Statistics* versão 26.0 e aplicada a estatística descritiva (frequências absolutas, percentuais e variabilidade). Para verificar a presença de associação entre a variável dependente (resiliência) e as variáveis independentes foi utilizada a regressão logística e para analisar a força da associação entre as variáveis utilizou-se o *Odds ratio* com intervalo de confiança de 95% aplicando-se o método *Stepwise backward* e o teste

de Hosmer-Lemeshow para verificar a concordância entre as variáveis. Considerou-se estatisticamente significativa o valor de $p \leq 0,05$.

As diversas associações estatísticas obtidas por meio do modelo de regressão logística pelo método *stepwise backward* é gerado a partir das junções das duas variáveis ajustadas de um modelo mais complexo para um mais simples com apenas a variável independente. O valor calculado de β é dado como p valor para a regressão sendo este fator que determinará a associação positiva (valores positivos) ou negativa (valores negativos) juntamente com a análise correlacional do *odds ratio* que é dado como coeficiente preditor dando uma estimativa da hipótese nula ou alternativa ocorrerem. O teste de Hosmer e Lemeshow verifica a concordância entre variáveis, uma peculiaridade é que o mesmo não é possível de ser calculado quando nos deparamos com variáveis independentes dicotômicas.

A análise da responsividade da tabela foi realizada com base na frequência relativa por fator, onde foram considerados aqueles que obtiveram valores superiores a 50% na resposta “quase sempre verdadeiro”. De forma análoga foi realizada a estratificação por itens da escala onde foram destacados aqueles itens com maior representatividade por fator.

3.6 Aspectos Éticos da Pesquisa

Foram respeitados todos os preceitos éticos determinados pela Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

O projeto da pesquisa matricial “Vulnerabilidade e resiliência em pacientes com uma doença cardíaca: uma análise de fatores de risco, de proteção e de adesão ao tratamento”, foi encaminhado para apreciação da Comissão Científica do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) protocolado com registro 23523.002147/2019.59 (ANEXO D), para a anuência do Departamento de Educação da Secretaria de Estado da Saúde (SES) do Município de São Luís (ANEXO E), recebendo parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA sob o número 3.396.844 em 17 de junho de 2019 (ANEXO F).

Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE B), anteriormente ao início da entrevista, sendo solicitada a assinatura em duas cópias, com entrega de uma das vias para o participante e a outra tendo permanecido em posse do pesquisador.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

O quadro 1 refere-se as frequências simples, relativas e os escores de resiliência obtidos na Escala CD-RISC-25.

A Escala CD-RISC-25 possui escores nos valores de 0 a 100. Observa-se no quadro 1 que o limite inferior alcançou escore no valor de 37 e o limite superior alcançou o escore de 96, com amplitude do intervalo de 59. Assim, os valores médios dos escores foram de 74,3 e o desvio padrão de 13,4.

Quadro 1 – Distribuição de frequência simples, relativa, média, desvio padrão e escores da Escala CD-RISC-25 dos indivíduos resilientes e não resilientes com uma doença cardíaca. São Luís – Maranhão, 2019.

Frequência simples (Amplitude intervalo- 59)	Frequência relativa (Média - 74,3)	Escore CD-RISC- 25 (Desvio Padrão- 13,4)
1	2,0	37,0
1	2,0	45,0
1	2,0	48,0
1	2,0	50,0
1	2,0	55,0
1	2,0	57,0
1	2,0	58,0
1	2,0	59,0
2	3,9	61,0
1	2,0	63,0
1	2,0	65,0
1	2,0	66,0
1	2,0	70,0
1	2,0	71,0
2	3,9	72,0
3	5,9	73,0
3	5,9	74,0
5	9,8	75,0
2	3,9	76,0
1	2,0	77,0
1	2,0	79,0
2	3,9	80,0
1	2,0	82,0
2	3,9	83,0
2	3,9	84,0
3	5,9	86,0

Quadro 1 – Distribuição de frequência simples, relativa, média, desvio padrão e escores da Escala CD-RISC-25 dos indivíduos resilientes e não resilientes com uma doença cardíaca. São Luís – Maranhão, 2019 (cont.).

Frequência simples (Amplitude intervalo- 59)	Frequência relativa (Média - 74,3)	Escore CD-RISC- 25 (Desvio Padrão- 13,4)
1	2,0	87,0
1	2,0	88,0
1	2,0	89,0
2	3,9	90,0
1	2,0	92,0
1	2,0	94,0
1	2,0	95,0
1	2,0	96,0
51	100,0	Escore (37 a 96)

Fonte: Elaborada pelo autor (2019).

Resultado análogo foi encontrado em pesquisa realizada no Irã com indivíduos portadores de doença arterial coronariana com valor médio na Escala CD-RISC-25 de 65,5 e desvio padrão de 1,58 (NOURI - SAEED, et al., 2015). Já os estudos de Fathi, Kheir, Atigh (2011) em pessoas com doenças cardiovasculares diversas mostraram valores mais elevados com escore de 84,5, assim como Böell, Silva e Hegadoren (2016) que identificou valor de 76,2 e desvio padrão de 14,7 em portadores de doença renal crônica e diabetes mellitus.

A tabela 1 refere-se aos dados obtidos por meio da Escala CD-RISC-25 onde os indivíduos foram classificados de forma dicotômica em resilientes e não resilientes com base nos critérios pré-estabelecidos.

Conforme disposto na tabela 1, a classificação dos indivíduos em resilientes e não-resilientes considera o critério de desvio-padrão da média. Utilizou-se a média (74,3) subtraída do desvio padrão (13,4), sendo determinados resilientes os indivíduos que alcançaram na Escala CD-RISC-25 escore superior a 60,9 com arredondamento para 61. Assim, foram considerados 41 (80,4%) indivíduos resilientes e 10 (19,6%) indivíduos não resilientes.

Tabela 1 - Distribuição da frequência de indivíduos resilientes e não resilientes com uma doença cardíaca. São Luís – Maranhão, 2019

Resilientes	N	%
Sim	41	80,4
Não	10	19,6
Total	51	100,0

Fonte: Elaborada pelo autor (2019).

Observa-se nos estudos uma variação na prevalência de resiliência nos indivíduos. Lemos, Moraes e Pellanda (2016) encontraram resultado mais próximo ao presente estudo com 74,2% de indivíduos resilientes, já Nouri - Saeed et al., (2015) identificou valor inferior com prevalência de 46,8%. Sabe-se que as doenças cardíacas se caracterizam por processo de sintomatologia variada e, conseqüentemente de adoecimento, desta forma evocam mecanismos diferentes de resiliência (LEMO, MORAES, PELLANDA, 2016). Características particulares de cada amostra devem ser levadas em consideração para o cálculo de prevalência, visto que a resiliência é compreendida como fenômeno dinâmico e não linear, podendo ser influenciada pela família, condições adversas, situação econômica, características sociodemográficas, vivências e experiências pregressas (NOURI - SAEED, et al., 2015; RUTTER, 1985).

A tabela 2 refere-se às frequências dos dados demográficos e socioeconômicos (sexo, idade, cor, estado conjugal, escolaridade, profissão, procedência, residência, religião, praticante da religião, composição familiar, rede de apoio e renda) com estratificação entre indivíduos resilientes e não resilientes.

Conforme demonstrado na tabela 2, da amostra geral, os pacientes apresentaram maior prevalência no sexo masculino 40 (78,4%), faixa etária de 57 a 68 anos 24 (47,1%), média de idade de 58,7 anos com desvio padrão de 12 anos, cor parda 38 (74,5%), união estável 40 (78,4%), ensino médio completo 16 (31,4%), motorista 6 (11,8%), procedentes de outra unidade de saúde 30 (58,8%), residente em outros municípios 36 (70,6%), católicos, 29 (56,8%), praticantes da religião 37

(72,5%), família composta por companheiro e filhos 21 (41,2%), rede de apoio o companheiro (a) 18 (35,3%) e renda de 1 a 2 salários mínimos 26 (51%).

Verifica-se que os resilientes (tabela 2) apresentam resultados semelhantes da amostra geral para quase todas as variáveis, sexo masculino 30 (73,2%), idades de 57 a 69 anos 18 (44%), média de idade 59,5 anos e desvio padrão de 11,4 anos, cor parda 30 (73,2%), união estável 31 (75,6%), ensino médio completo 13 (31,7%), motorista 5 (12,3%), procedentes do domicílio 21 (51,2%), residentes em outros municípios 30 (73,2%), católicos 23 (56,1%), praticantes da religião 30 (73,2%), família composta por companheiro (a) e filhos 19 (46,3%), principal rede de apoio o companheiro (a) 14 (34,1%) e renda de 1 a 2 salários mínimos 21 (51,2%).

Tabela 2 – Caracterização demográfica e socioeconômica dos indivíduos resilientes e não-resilientes com uma doença cardíaca. São Luís – Maranhão, 2019.

Variável	N = 51 (100%)	Resiliência	
		SIM ^a N = 41 (80,4%)	NÃO ^b N = 10 (19,6%)
Sexo			
Masculino	40 (78,4%)	30 (73,2%)	10 (100%)
Feminino	11 (21,6%)	11 (26,8%)	0 (0%)
Idade	(Média - 58,7anos)	(Desvio padrão - 12 anos)	
18 a 30 anos	3 (5,9%)	2 (4,9%)	1 (10%)
31 a 43 anos	2 (3,9%)	2 (4,9%)	0 (0%)
44 a 56 anos	13 (25,5%)	11 (27%)	2 (20%)
57 a 68 anos	24 (47,1%)	18 (44%)	6 (60%)
Acima de 68 anos	9 (17,6%)	8 (19,5%)	1 (10%)
Cor da Pele			
Parda	38 (74,5%)	30 (73,2%)	8 (80%)
Branca	9 (17,6%)	7 (17,1%)	2 (20%)
Preta	4 (7,8%)	4 (9,8%)	0 (0%)
Estado conjugal			
União Estável*	40 (78,4%)	31 (75,6%)	9 (90%)
Divorciado	6 (11,8%)	6 (14,6%)	0 (0%)
Viúvo	3 (5,9%)	2 (4,9%)	1 (10%)

Tabela 2 – Caracterização demográfica e socioeconômica dos indivíduos resilientes e não-resilientes com uma doença cardíaca. São Luís – Maranhão, 2019 (cont.).

Variável	N = 51 (100%)	Resiliência	
		SIM ^a N = 41 (80,4%)	NÃO ^b N = 10 (19,6%)
Escolaridade			
Não Alfabetizado	3 (5,9%)	1 (2,4%)	2 (20%)
Alfabetizado	1 (2%)	1 (2,4%)	0 (0%)
Fundamental Incompleto	11 (21,6%)	9 (22,0%)	2 (20%)
Fundamental Completo	9 (17,6%)	9 (22,0%)	0 (0%)
Ensino Médio Incompleto	3 (5,9%)	2 (4,9%)	1 (10%)
Ensino Médio Completo	16 (31,4%)	13 (31,7%)	3 (10%)
Ensino Superior Incompleto	3 (5,9%)	1 (2,4%)	2 (20%)
Ensino Superior Completo	5 (9,7%)	5 (12,2%)	0 (0%)
Profissão			
Motorista	6 (11,8%)	5 (12,2%)	1 (10%)
Pescador	4 (7,8%)	4 (9,8%)	0 (0%)
Policial militar	3 (5,9%)	3 (7,3%)	0 (0%)
Pedreiro	2 (3,9%)	1 (2,4%)	1 (10%)
Outras	22 (43,1%)	18 (43,9%)	4 (40%)
Procedência			
Domicílio	21 (41,2%)	21 (51,2%)	0 (0%)
Unidade de Saúde	30 (58,8%)	20 (48,8%)	10 (100%)
Residência			
Capital	15 (29,4%)	11 (26,8%)	2 (20%)
Outros municípios	36 (70,6%)	30 (73,2%)	8 (80%)
Religião			
Católico	29 (56,8%)	23 (56,1%)	6 (60%)
Adventista	19 (37,3%)	15 (36,6%)	4 (40%)
Evangélico	3 (5,9%)	3 (7,3%)	0 (0%)
Praticante da Religião			
Sim	37 (72,5%)	30 (73,2%)	7 (70%)
Não	14 (27,5%)	11 (26,8%)	3 (30%)
Composição Familiar			
Companheiro, filhos	21 (41,2%)	19 (46,3%)	2 (20%)
Companheiro	8 (15,7%)	6 (14,6%)	2 (20%)
Filho	6 (11,8%)	6 (14,6%)	0 (0%)
Companheiro, neto	3 (5,9%)	1 (2,4%)	2 (20%)
Sozinho	3 (5,9%)	3 (7,3%)	0 (0%)
Outros	10 (19,6%)	6 (14,6%)	4 (40%)

Tabela 2 – Caracterização demográfica e socioeconômica dos indivíduos resilientes e não-resilientes com uma doença cardíaca. São Luís – Maranhão, 2019 (cont.).

Variável	N = 51 (100%)	Resiliência	
		SIM ^a N = 41 (80,4%)	NÃO ^b N = 10 (19,6%)
Rede de Apoio			
Companheiro (a)	18 (35,3%)	14 (34,1%)	4 (40%)
Filhos	15 (29,4%)	11 (26,8%)	4 (40%)
Irmãos	9 (17,6%)	9 (22,0%)	0 (0%)
Netos	8 (15,7%)	7 (17,1%)	1 (10%)
Mãe	1 (2,0%)	0 (0%)	1 (10%)
Renda Familiar			
Menos de 1 salário	7 (13,8%)	5 (12,2%)	2 (20%)
1 a 2 salários	26 (51,0%)	21 (51,2%)	5 (50%)
2 a 4 salários	9 (17,6%)	7 (17,1%)	2 (20%)
Mais de 4 salários	9 (17,6%)	8 (19,5%)	1 (10%)
TOTAL	51 (100%)	41 (100%)	10 (100%)

Fonte: Elaborada pelo autor (2019)

*União estável inclui aqueles (as) que vivem com companheiro (a) e os (as) casados (as) oficialmente.

^a O indivíduo foi classificado como “resiliente”, de acordo com as medidas de avaliação empregadas.

^b O indivíduo foi classificado como “não resiliente”, de acordo com as medidas de avaliação empregadas.

O sexo masculino apresentou maior prevalência, resultados semelhantes a outros estudos (LEMOS, MORAES, PELLANDA 2016; CARVALHO, et al., 2016; NOURI - SAEED et al., 2015) com idade superior a 44 anos (média de 58,4 anos), o que corrobora com Carvalho et al. (2016) e Nouri - Saeed et al. (2015) que encontraram média etária de 58,3 e 58,1 anos respectivamente, divergente de Alemán e Rueda (2019) que encontraram média de idade de 61 anos.

Estudos comparativos têm demonstrado que os homens são mais susceptíveis a doença cardiovascular do que as mulheres, com mortalidade mais precoce (CARVALHO et al., 2016; LEMOS, MORAES, PELLANDA, 2016; REIS et al., 2019; LIMA et al., 2012). O homem está mais propenso a desenvolver a resiliência em virtude dos mecanismos de enfrentamento mais resolutivos (CARVALHO et al., 2016), entretanto, a exposição a comportamentos de risco como etilismo, tabagismo, sedentarismo, dentre outros deve ser considerada, o que pode contribuir para a maior prevalência de doenças cardiovasculares entre a população masculina (LIMA et al., 2012).

Sabe-se que a idade é considerada um fator de risco para a doença cardíaca (LIMA, et al., 2012) e, nesse sentido, a resiliência pode ser compreendida como um constructo linear, ou seja, que “aumenta” proporcionalmente com a idade (LEMOS; MORAES; PELLANDA, 2016). Entretanto, o comportamento resiliente vem constantemente sendo questionado e a compreensão mais atual refere-se a uma concepção do constructo mais complexa e que não é apenas influenciada pela idade (LEMOS; MORAES; PELLANDA, 2016; MIGLIORINI; CALLAWAY; NEW, 2013), mas também a fatores clínicos, sociais, culturais e relativos à doença.

No tocante à escolaridade, mais da metade 27 (52,9 %) possui ensino médio completo ou menos, ou seja, uma escolaridade abaixo da média, conforme análise simplificada do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística- IBGE (BRASIL, 2015). O resultado corrobora com o estudo de Saeed et al. (2015) realizado no Irã que 61,2% da amostra resiliente estudou até o ensino médio, entretanto, contrasta com a pesquisa de Kruger (2018) com a realidade brasileira, Distrito Federal, na qual mostrou que a maioria dos indivíduos (48,0%) concluiu o ensino médio e níveis superiores de educação fortalecendo a ideia que a escolaridade pode interferir no autocuidado e conseqüentemente na resiliência, quanto maior a escolaridade, maior a preocupação e atenção com a saúde e vice-versa. Níveis mais elevados de resiliência são encontrados em pessoas com melhor escolaridade por apresentarem mecanismos defensivos mais fortes com potenciais de ajuste, ou seja, capacidade de se portarem diante da adversidade (NOURI - SAEED et al., 2015).

Nota-se, no estudo, que a grande maioria dos indivíduos resilientes são residentes em outros municípios 30 (73,2%). Como o hospital em questão é de natureza pública e referência em atenção cardiovascular no Estado, o dimensionamento referente ao atendimento é bastante amplo, favorecendo o deslocamento de indivíduos de vários municípios pelas possibilidades de diagnóstico e terapia em resposta às necessidades de saúde (MARANHÃO, 2019)

Observa-se elevada prevalência de indivíduos que são praticantes de religião (73,2%). Em concordância ao presente estudo, Böell, Silva e Hegadoren (2016) verificaram que 96,7% dos indivíduos portadores de doença renal crônica e diabetes mellitus apresentavam algum tipo de crença religiosa. Parece que, habitualmente, o impacto positivo do envolvimento religioso na saúde mental é mais intenso nas pessoas que estão vivenciando estresse e em situações de

vulnerabilidade, a exemplo de indivíduos com doenças crônicas, idosos e com deficiência (MOTTA; ROSA, 2016).

A transcendência é uma experiência histórica e pessoal ao mesmo tempo, ela sustenta, reúne, revive e conforta as pessoas desamparadas. Na vivência da fé surge uma voz para evocação, lamentação, louvor e reza, no entanto, pouco se conhece sobre o valor da espiritualidade, porque herdamos formas inadequadas de olhar essa experiência (ASSAGIOLI, 2013). A religião é descrita por Rutter (1985) como um mecanismo protetor para resiliência e juntamente com o fator familiar, funciona como arcabouço para o desenvolvimento de uma personalidade resiliente.

Entre as profissões houve predominância de motorista e pescador com renda mensal de 1 a 2 salários mínimos. Pesquisas demonstram que o nível socioeconômico desfavorável e a profissão com status reduzido estão relacionados a maiores risco de desenvolver doenças cardíacas associado a falta de conhecimento, além de outros fatores psicológicos, sociais e culturais envolvidos (JANSSEN et al., 2015).

A família e a rede de apoio são extremamente importantes para o enfrentamento de uma situação adversa como a doença cardíaca onde o sofrimento (adversidade) é encarado como um desafio compartilhado por todos os membros, sendo assim a família pode vir a influenciar no processo de ser resiliente (JULIANO; YUNES, 2014).

Não é possível prever quem será ou não resiliente, mas, sem dúvida, é possível ter indicativos da sua capacidade de resiliência, a partir da análise dos aspectos intrapsíquicos do indivíduo frente a situações adversas. Pensa-se que o foco individual e subjetivo da resiliência não descarta a importância da análise do meio familiar e social no seu desenvolvimento, uma vez que, constituem aspectos importantes na construção individual. Entretanto, quando as primeiras relações não se organizam de uma forma satisfatória, pode ser realizado um trabalho terapêutico com adultos, adolescentes e crianças com ajuda de profissionais da saúde (psicólogos, terapeutas, psiquiatras, enfermeiros, dentre outros) contribuindo para a promoção da resiliência. Esse trabalho, a partir da identificação da influência dos aspectos intrapsíquicos na promoção da resiliência, propicia uma nova condição psíquica ao indivíduo no enfrentamento de situações adversas (CABRAL, LEVANDOWSKI, 2013).

A tabela 3 refere-se à frequência dos dados relacionados as variáveis clínicas e de saúde dos indivíduos (cardiopatia prevalente, tempo médio de diagnóstico, doença prévia, tratamento, principais intervenções, terapêutica prévia, tempo médio de uso de medicações, tempo médio de internação hospitalar, sintomatologia, sintomas que afetavam sua vida, atividades afetadas, outras internações e reinternações).

Conforme descrito na tabela 3, da amostra geral, foi prevalente a doença arterial coronariana 35 (68,6%), tempo médio de diagnóstico de 35,2 meses (\pm 55,4 meses), doença prévia a hipertensão arterial sistêmica 35 (45,3%), submetidos a revascularização do miocárdio 25 (49%), com terapêutica medicamentosa 41 (80,4%), tempo médio de medicação 50,4 meses (\pm 72 meses), tempo médio de internação hospitalar de 1,2 meses (\pm 1,4 meses). Em relação aos sintomas, destacou-se a precordialgia 33 (50,8%), que afeta a vida de 41 pacientes (80,4%) desencadeada por tarefas como andar 22 (33,8%) e trabalhar 22 (33,8%). Mais da metade dos indivíduos relataram reinternações 29 (56,9%), das quais 38 (74,5%) foram em outra unidade.

Em comparação, indivíduos resilientes apresentaram dados semelhantes. A doença arterial coronariana foi prevalente 28 (68,3%). O tempo médio de diagnóstico foi de 39,3 meses (\pm 59,8 meses), doença prévia a hipertensão arterial sistêmica 29 (47,5%) seguido de diabetes mellitus 16 (26,2%). A principal forma de tratamento foi a cirurgia 31 (75,6%), revascularização do miocárdio 21 (51,2%), terapêutica medicamentosa 34 (82,9%), tempo médio de medicação 55,2 meses (\pm 78 meses), tempo médio de internação hospitalar de 1,3 meses (\pm 1,5 meses). A precordialgia 25 (47,2%) e dispneia 20 (37,7%) foram os sintomas mais prevalentes os quais afetam as atividades de andar 20 (37,7%) e trabalhar 16 (30,2%). Vinte e dois indivíduos (53,7%) sofreram reinternações, sendo 31 (75,6%) em outras unidades.

Tabela 3 – Caracterização clínica dos indivíduos resilientes e não-resilientes com uma doença cardíaca. São Luís – MA, 2019.

Variável	N = 51 (100%)	Resiliência	
		SIM ^a N = 41 (80,4%)	NÃO ^b N = 10 (19,6%)
Cardiopatias prevalentes			
Doença arterial coronariana	35(68,6%)	28 (68,3%)	7 (70%)
Valvulopatias	8 (15,7%)	7 (17,1%)	1 (10%)
Insuficiência cardíaca	6 (9,8%)	4 (9,8%)	1 (10%)
Arritmias	2 (5,9%)	2 (4,9%)	1 (10%)
Tempo médio de diagnóstico e desvio padrão (±), em meses	35,2 ± 55,4	39,3 ± 59,8	18,3 ± 26,8
Doença prévia*			
Hipertensão arterial sistêmica	35(45,3%)	29 (47,5%)	6(46,2%)
Diabetes mellitus	19(25,7%)	16 (26,2%)	3(23,1%)
Doença renal crônica	2 (2,7%)	2 (3,3%)	0 (0%)
Outras	6 (8,1%)	5 (8,2%)	1 (7,7%)
Ausente	12(19,2%)	9 (14,8%)	3(23,1%)
Tratamento			
Cirúrgico	36(70,6%)	31 (75,6%)	5 (50%)
Clínico	15(29,4%)	10 (24,4%)	5 (50%)
Intervenções			
Revascularização do miocárdio	25 (49%)	21 (51,2%)	4 (40%)
Medicamentoso	11(21,6%)	7 (17,1%)	4 (40%)
Troca de válvula	8 (15,7%)	7 (17,1%)	1 (10%)
Angioplastia	4 (7,8%)	3 (7,3%)	1 (10%)
Implante de marcapasso	3 (5,9%)	3 (7,3%)	0 (0%)
Terapêutica medicamentosa prévia			
Sim	41(80,4%)	34 (82,9%)	7 (70%)
Não	10(19,6%)	7 (17,1%)	3 (30%)
Tempo médio de uso de medicação e desvio padrão (±), em meses	50,4 ± 72	55,2 ± 78	31,2 ± 37,2
Tempo médio de internação hospitalar e desvio padrão, em meses	1,2 ± 1,4	1,3 ± 1,5	1 ± 0,6
Sintomatologia*			
Precordialgia	33(50,8%)	25 (47,2%)	8(66,7%)
Dispneia	23(35,4%)	20 (37,7%)	3 (25%)
Edema em MII	3 (4,6%)	2 (3,8%)	1 (8,3%)
Taquicardia	2 (3,1%)	2 (3,8%)	0 (0%)
Outros	3 (4,6%)	3 (5,7%)	0 (0%)
Ausente	1 (1,5%)	1 (1,9%)	0 (0%)

Tabela 3 – Caracterização clínica dos indivíduos resilientes e não-resilientes com uma doença cardíaca. São Luís – MA, 2019 (cont.).

Variável	N = 51 (100%)	Resiliência	
		SIM ^a N = 41 (80,4%)	NÃO ^b N = 10 (19,6%)
Atividades afetadas*			
Andar	22 (33,8%)	20 (37,7%)	2 (16,7%)
Trabalho	22 (33,8%)	16 (30,2%)	6 (50%)
Afazeres domésticos	11 (16,9%)	11 (20,8%)	0 (0%)
Ausente	10 (15,4%)	6 (11,3%)	4 (33,3%)
Reinternações			
Sim	29 (56,9%)	22 (53,7%)	7 (70%)
Não	22 (43,1%)	19 (46,3%)	3 (30%)
Outras Internações			
Sim	13 (25,5%)	10 (24,4%)	3 (30%)
Não	38 (74,5%)	31 (75,6%)	7 (70%)
TOTAL	51 (100%)	41 (100%)	10 (100%)

Fonte: Elaborada pelo autor (2019)

*Alguns pacientes apresentavam mais de uma doença prévia, sintomas e atividades afetadas.

^a O indivíduo foi classificado como “resiliente”, de acordo com as medidas de avaliação empregadas.

^b O indivíduo foi classificado como “não resiliente”, de acordo com as medidas de avaliação empregadas.

Tabela 3 – Caracterização clínica dos indivíduos resilientes e não-resilientes com uma doença cardíaca. São Luís – MA, 2019 (cont.).

A literatura mostra, em sua maioria, prevalências altas para indivíduos com doença arterial coronariana. O que pode se dá em virtude da presença de alguns fatores de risco como hipertensão arterial e o diabetes mellitus (CARVALHO et al., 2016; LIMA, 2012). A doença arterial coronariana é a principal causa de morte no Brasil e no mundo. É um grande desafio para os profissionais de saúde o acompanhamento desses pacientes, pois os problemas cardíacos são cada vez mais frequentes e complexos, normalmente associados à comorbidades, com maior acometimento nos indivíduos idosos e taxas elevadas de insucesso terapêutico (SANTOS; BIANCO, 2017).

Em comparação ao presente estudo, Carvalho et al., (2016) encontram nos indivíduos portadores de cardiopatias um tempo maior de diagnóstico, superior a 5 anos (48,3%). Böell, Silva e Hegadoren (2016) identificaram em portadores de doença renal crônica e diabetes mellitus prevalências de 8,3 anos e de 10,7 anos,

respectivamente. Esse mecanismo de desfecho das doenças crônicas corresponde a uma adversidade a vida dos indivíduos que o remetem a criar estratégias de superação (LEMOS; MORAES; PELLANDA, 2016; PESCE et al., 2004).

No tocante a sintomatologia, destacou-se a precordialgia. Sabe-se que o sintoma que mais comumente leva o paciente a buscar uma unidade hospitalar é a dor precordial e suspeita de infarto agudo do miocárdio. Sabe-se que a precordialgia típica é aquela com característica opressiva, de forte intensidade, com irradiação para os braços, epigástrico ou para mandíbula, podendo estar associada à sudorese fria, náuseas, vômitos e lipotimia, geralmente deflagrada por esforços físicos (SANTOS; BIANCO, 2017).

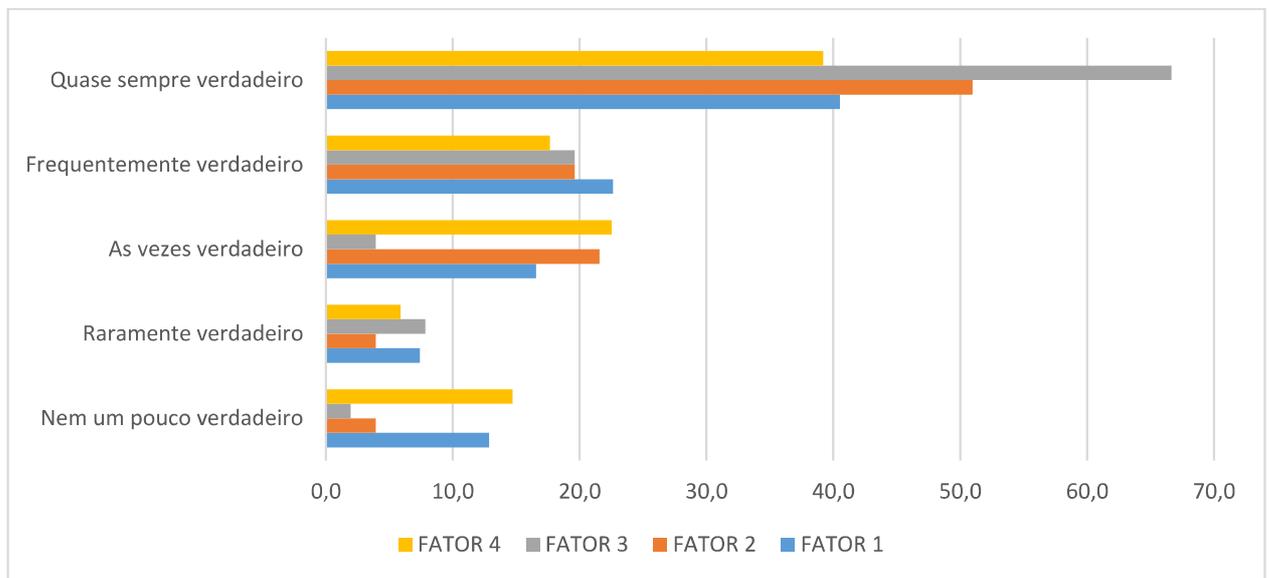
O reconhecimento da sintomatologia da doença torna-se essencial, sendo considerado importante para a melhora da saúde e redução de fatores de risco e complicações, portanto; conhecer os sintomas e seus principais sinais de alerta é fundamental para garantir um diagnóstico e tratamento precoces. Dessa forma, a alta prevalência de doenças cardíacas requer procedimentos invasivos mais complexos como a cirurgia de revascularização do miocárdio, bastante frequente em centros de referência em atenção cardiovascular (FERREIRA et al., 2015). Além disso, sabe-se que mais complicações implicam em mudanças e prolongamento da terapêutica medicamentosa, e em alguns casos exige mais procedimentos invasivos o que está diretamente ligado ao aumento do tempo de internação, causando diminuição da rotatividade de leitos e aumento nos custos de internação hospitalar (LAZIO; DELGADO; ROCHA, 2010).

Mesmo com o avanço na compreensão da dor, sua prevalência continua alta e, por vezes, não é reconhecida, é mal avaliada, subestimada, subtratada, ou inadequadamente tratada. Níveis mais elevados de resiliência estão associados com maior aceitação da dor e adaptação a esta, independente do tempo de sua duração. A resiliência previne o estresse emocional, sendo associada a menores níveis de depressão e ansiedade (SOUZA et al., 2017).

Nos gráficos 1 e 2, a seguir, são descritas as análises referentes a responsividade dos indivíduos nos fatores que compõem a Escala CD-RISC-25.

O gráfico 1 apresenta a distribuição de frequências relativas da responsividade dos indivíduos com base nos 4 fatores (tenacidade, adaptabilidade e tolerância, confiança no apoio externo, intuição) que compõe a CD-RISC-25.

Gráfico 1 – Distribuição de frequências relativas dos fatores tenacidade, adaptabilidade e tolerância, confiança no apoio externo e intuição da Escala CD-RISC-25.



Fonte: Elaborado pelo autor (2019)

Connor e Davidson (2003) no processo de construção da Escala CD-RISC-25 consideraram como características fundamentais a serem investigadas na resiliência, os seguintes fatores: tenacidade; instintos e tolerância a efeitos negativos; aceitação positiva a mudanças e confiança nos relacionamentos; o autocontrole; influência espiritual. Previamente apontados nos estudos de Rutter (1985), Kobasa, Maddi, Courington (1979) e Lyons (1991).

Em relação a resposta “quase sempre verdadeiro” o fator 1 (tenacidade) composto pelos itens 5, 10, 11, 12, 15, 16, 21, 22, 23, 24, 25, apresentou 40,5% de responsividade. Em comparação para a mesma resposta o fator 2 (adaptabilidade e tolerância) composto pelos itens 1, 4, 6, 7, 8, 14, 17, 18 e 19 apresentou valores de 51%. Já o fator 3 (confiança no apoio externo) teve predominância para a mesma

resposta, “quase sempre verdadeiro”, referente aos itens 2, 3 e 13 valores de responsividade em 66,7%. Por fim, o fator 4 (intuição) que se refere os itens 9 e 20 apresentou responsividade para esta mesma resposta 39,2% de responsividade.

Foram considerados relevantes os fatores da Escala CD-RISC-25 que apresentam taxa de responsividade igual ou superior a 50% na resposta “quase sempre verdadeiro”, dessa forma os fatores que apresentaram maior representatividade foram o fator 2, correspondente a adaptabilidade e tolerância, e o fator 3 correspondente a confiança no apoio externo.

Os fatores 2 e 3 apresentaram responsividade significativa na resposta “quase sempre verdadeiro” com 51% e 66,7%, respectivamente. O fator 2 adaptabilidade e tolerância, pode ser entendido como a capacidade de se portar diante das adversidades (RUTTER, 1985). Já o fator 3, denominado confiança no apoio externo engloba questões como relações sociais e fé (RUTTER, 1985; CONNOR; DAVIDSON, 2002).

O mecanismo desencadeado pelo indivíduo diante da adversidade é muito variável, podendo ser compreendido como fator de risco ou proteção para resiliência, entretanto, a concepção não é linear, o constructo resiliência surge da interrelação entre os fatores de risco e proteção (RUTTER, 1985; RUTTER, 2007; PESCE et al., 2004). Pesce et al. (2004) deixa claro a importância de ir além da compreensão dos mecanismos tradicionais de composição da resiliência, deixa claro que não há uma via de regra do que é fator de risco ou proteção, mas que deve ser compreendido na experiência prévia do indivíduo, ou seja, o risco leva em consideração as características biopsicossociais do mesmo. No presente estudo constata-se que adversidade representada pela doença cardíaca é bem tolerada, dessa forma tendo uma alta proporção de indivíduos considerados resilientes.

Mas também é destacável as inferências acerca do fator 3, (confiança no apoio externo), que parece propulsor na construção da resiliência dos indivíduos, por apresentar 66,7% na resposta de maior pontuação da escala. Richardson (2002) compreende a resiliência como uma forma de homeostasia biopsicossocial, a existência do equilíbrio do corpo, mente e espírito. O entendimento da resiliência como processo dinâmico que pode sofrer influências externas é fundamental, dentre elas a familiar é defendida por diversos autores (RUTTER, 1985; PESCE et al.,

2004; RICHARDSON, 2002). Já na perspectiva do apoio social a compreensão das pessoas que convivem com o indivíduo, incluindo a família, fornecem amparo nas mais diversas situações (PEDRO et al, 2008).

A influência social produz um impacto poderoso nas pessoas e para compreender, devem-se examinar os motivos que determinam a maneira como os indivíduos interpretam o seu ambiente social que é constantemente influenciado por outros indivíduos, amigos, família, pois a influência social é um importante instrumento de poder, e por vezes supera inteiramente as diferenças individuais, agindo como determinante do comportamento humano. Nesse sentido, atenção deve ser dada para que se evite cometer erros fundamentais de atribuição comportamental, ou seja, a tendência de explicar o comportamento individual e de em termos de traço da personalidade, subestimando assim o poder da influência social (ARONSON; WILSON; AKERT, 2013).

O gráfico 2 demonstra a responsividade relativa dos indivíduos participantes por itens da Escala CD-RISC-25.

O gráfico 2 fornece uma visão estratificada dos itens que compõe a CD-RISC-25. Para a determinação dos itens mais relevantes na construção dos fatores foi utilizada a medida própria, daqueles que apresentaram responsividade igual ou superior a 50% na distribuição relativa à resposta “quase sempre verdadeiro”. O fator 1 possui relevância ou representatividade para os itens 12 (68,6%), 16 (56,9%), 21 (72,5%), 22 (51%), 24 (51%) e 25 (66,7%). Já o fator 2 possui maior representatividade nos itens 8 (60,8%) e 17 (60,8%) e para o fator 3 os itens 2 (68,8%), 3 (76,5%) e 13 (70,6%) tiveram relevância. Por fim, no fator 4 apenas o item 9 (52,9%) se mostrou representativo.

Gráfico 2 – Distribuição de frequências relativas relacionada as respostas obtidas na escala CD-RISC-25.

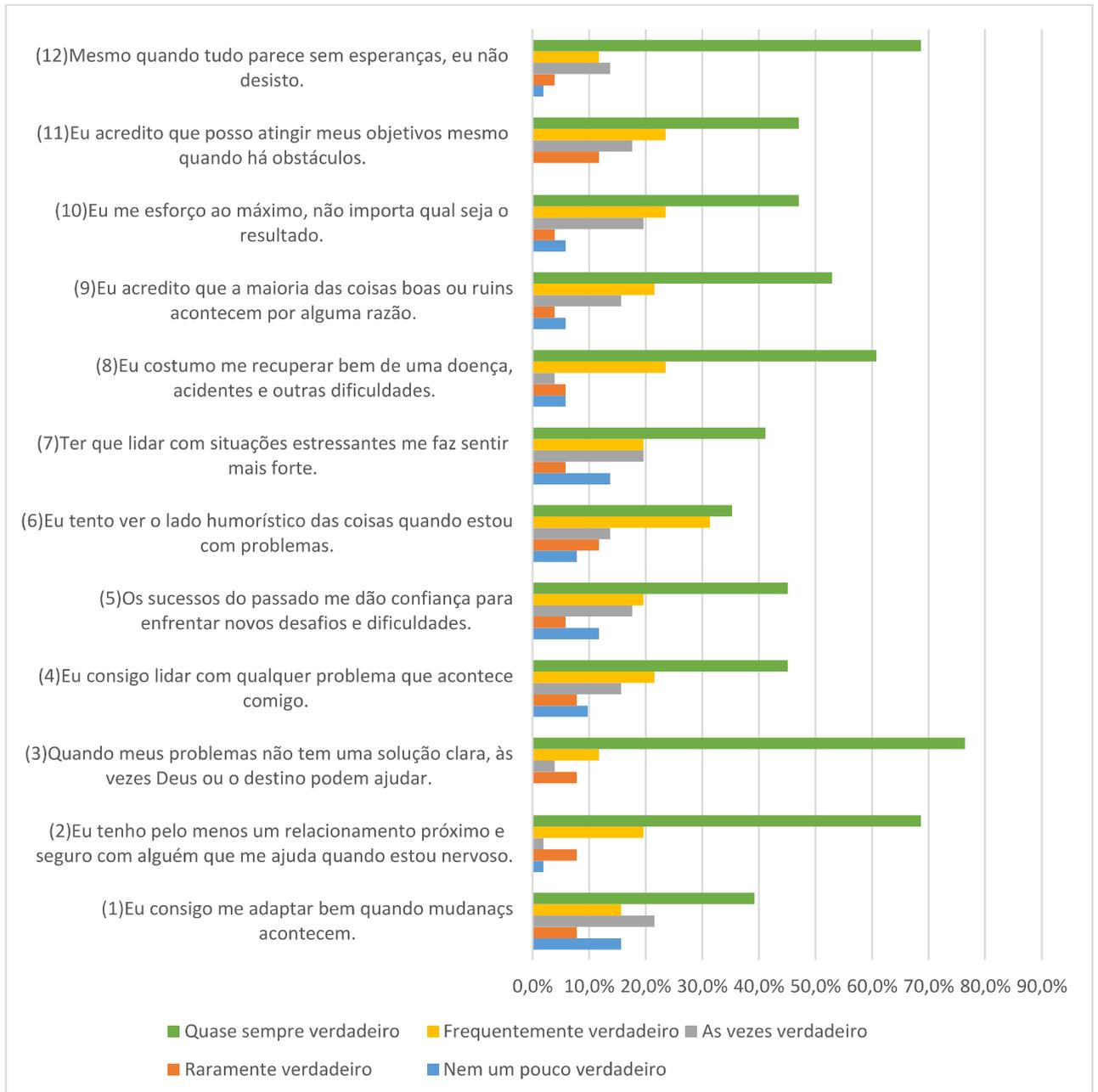
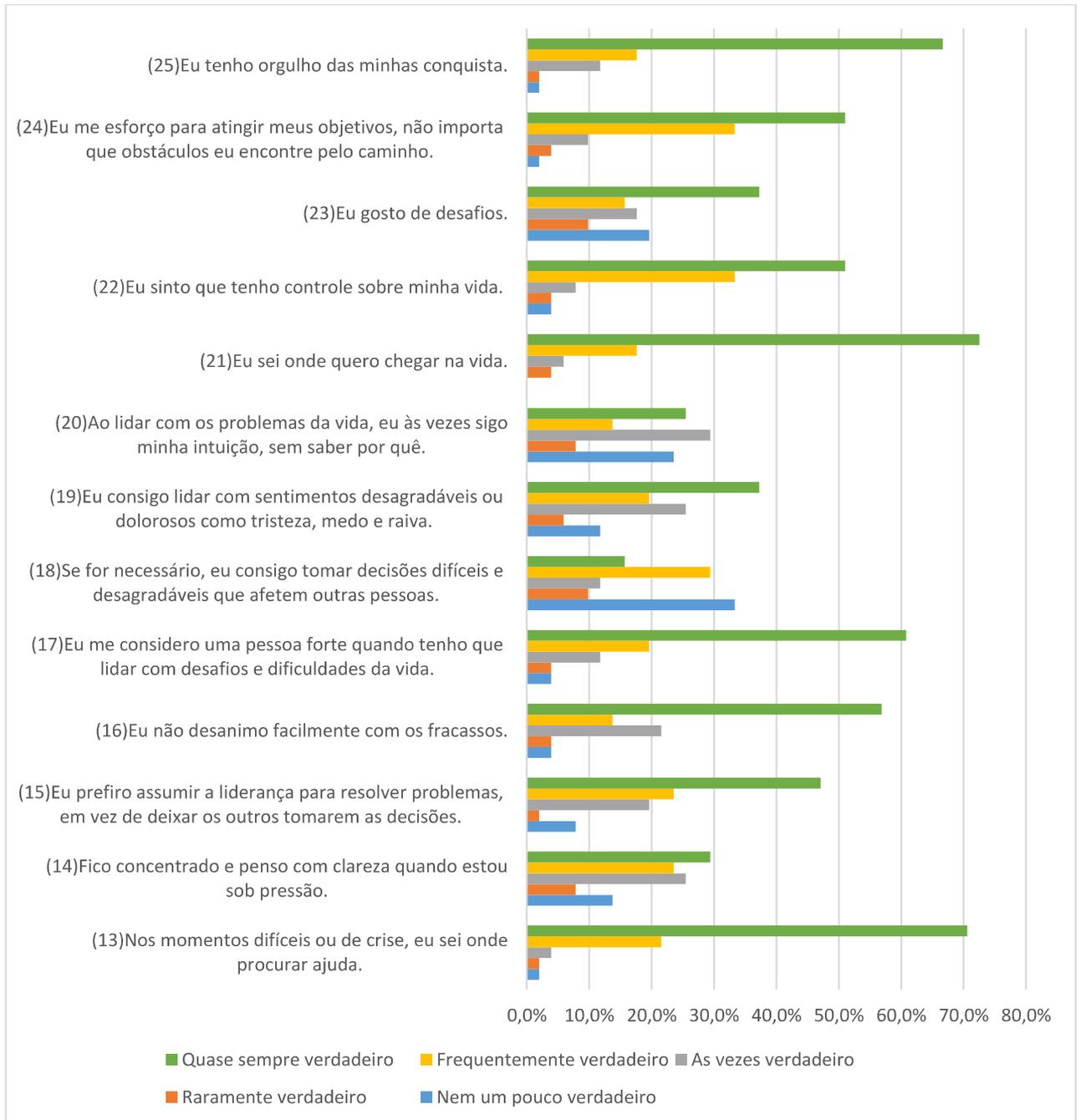


Gráfico 2 – Distribuição de frequências relativa relacionada as respostas obtidas na escala CD-RISC-25 (cont.)



Fonte: Elaborado pelo autor (2019); I – Item que compõe a CD-RISC-25.

Estabelecer fatores de risco e proteção para resiliência é uma tarefa complexa e apenas um instrumento é muito limitante por mais completo que este seja (REPPOLD et al., 2012). Entretanto, no processo de elaboração da escala CD-RISC-25 por Connor e Davidson (2002) foram relacionadas algumas características psicossociais que compõem a escala e forneceram arcabouço para a construção

dos fatores referentes a resiliência. O processo de adaptação transcultural realizado por Solano et al. (2016) buscou estabelecer uma associação entre os fatores que compõe a escala e outras variáveis psicométricas (estresse, comportamento social, etc.) em vista de determinar o comportamento daquela população em específico diante da adversidade frente a um diagnóstico psicológico, sendo assim, identificando as fortalezas e fraquezas no que compreende a resiliência.

Para o fator 1, o item de maior destaque foi o 21 “Eu sei onde quero chegar na minha vida” com quase 72% de responsividade para a questão. A tenacidade abordada por Rutter (1985) refere-se à capacidade do indivíduo em lidar, diante das adversidades, com o mínimo de implicações no seu modo de vida. Essa questão remete a discussão dos fatores de risco e proteção que podem desencadear ou não a resiliência, pois traz à tona a forma com que o indivíduo irá se portar diante de uma adversidade (RUTTER, 2006; PESCE et al., 2004).

Já no fator 2, os itens 8 “Eu consigo me recuperar bem de uma doença, acidente ou outras dificuldades” e 17 “Eu me considero uma pessoa forte quando tenho que lidar com os desafios e dificuldades da vida” apresentaram ambos 60,8% de frequência relativa, logo apresentam uma responsividade significativa para os indivíduos. A homeostase biopsicossocial proposta por Richardson (2002) é um fator preponderante para a construção da resiliência, pois o equilíbrio entre corpo, mente e espírito é fundamental no processo de enfrentamento no processo saúde-doença. O processo de recuperação, após a alta, pode ser difícil para o indivíduo em virtude das inúmeras modificações em seu estilo de vida, é tangível o impacto da vivência nesse processo, em união com a assistência holística que visualizará além da doença, principalmente a pessoa que o vivencia (BÖELL, et al., 2016; GONÇALVES, et al., 2016).

O fator 3 que diz respeito ao apoio externo tem como o item mais relevante o de número 3 “Quando meus problemas não tem uma solução clara, as vezes Deus ou o destino podem ajudar” com responsividade de 76,5%. Na escala original proposta por Connor e Davidson (2002) havia um fator relacionado a espiritualidade que foi refutado por Solano et al. (2016). A religião e crença são entendidas como forte influenciador no processo de enfrentamento às situações adversas, sendo assim, interfere/atua positivamente na resiliência, pois promove

suporte emocional, além de fornecer melhora no bem-estar psicológico proporcionando saúde física e mental (MOTTA; ROSA, 2016).

É conhecido que níveis de religiosidade mais significativos estão associados como uma percepção mais benigna da doença que, por sua vez, mostra-se associada ao melhor bem-estar físico e emocional. A relação entre religiosidade e saúde subjetiva pode refletir, assim, o impacto da religiosidade em aliviar os sentimentos de ameaça relacionados à doença. Isso parece acontecer por intermédio do desenvolvimento de um senso de proteção contra a incerteza e a adversidade da condição, havendo um aumento de senso de controle sobre ela e da aceitação da vida apesar da doença (KARADEMAS, 2010).

Por fim, o fator 4 apresentou um único item como relevante o de número 9 “Eu acredito que a maioria das coisas boas ou ruins acontecem por alguma razão”, com 52,9%. Com base na afirmativa, compreende-se como um mecanismo de aceitação da doença. São etapas fundamentais até mesmo para a recuperação da condição física e psicológica e a partir dessa compreensão o indivíduo passa a enfrentar a doença (MOTTA; ROSA, 2016; PESCE et al., 2002; RUTTER, 2006). Isso nos remete ao *coping* termo amplamente difundido na resiliência que representa um conjunto de mecanismos com objetivo combater adversidade, entretanto, em indivíduos resilientes não é tão comum, pois estes buscam o combate daquela (PESCE, et al., 2002; RUTTER, 2006).

A tabela 4 apresenta a associação realizada entre as variáveis sociodemográficas, clínicas e resiliência.

A partir dos dados obtidos no estudo não foi possível estabelecer uma correlação significativa entre nenhuma das variáveis acima descritas, isto foi refletido nos coeficientes calculados de alfa que foram superiores a 0,05, ou seja, não são considerados relevantes para o intervalo de confiança determinado de 95% (tabela 4).

Tabela 4 – Associação por regressão logística, coeficiente de *Hosme-Lemeshow* e *odds ratio* entre a variável resiliência (dependente) e demais variáveis (independentes).

Variável	β	Hosmer e Lemeshow	A	<i>odds ratio</i>
Sexo				
Masculino	-20,1	-	0,99	0,0
Feminino	20,1	-	0,99	538491614,2
Cor				
Branco	0	1	0,99	0
Pardo	19,9	1	0,99	430793291,4
Preto	0,1	1	0,94	1,1
Idade	0,25	0,5	0,4	1,026
Procedência				
Hospital	-20,5	-	0,99	0
Domicílio	20,5	-	0,99	807737421,4
Domicílio				
Capital	-0,5	-	0,51	0,6
Outras cidades	0,5	-	0,51	1,6
Religião	0,84	-	0,84	1,2
Escolaridade				
Não Alfabetizado	0,00	1	0,69	0
Alfabetizado	-21,90	1	0,99	1
Fundamental incompleto	0,00	1	1	0
Fundamental completo	-19,70	1	0,99	1
Ensino médio incompleto	0,00	1	1	0
Ensino médio completo	-20,51	1	0,99	0
Ensino superior incompleto	-19,74	1	0,99	0
Ensino superior completo	-21,80	1	0,99	0
Renda				
Menos de 1 salário mínimo	0,0	1	0,78	0
1 a 2 salários mínimos	0,92	1	0,30	2,52
2 a 4 salários mínimos	0,59	1	0,59	1,80
Mais de 4 salários mínimos	20,69	1	0,99	9,69
Situação conjugal				
Solteiro	0,0	1	0,98	0
União Estável	-19,97	1	0,99	0
Divorciado	0,0	1	1	1
Viúvo	-20,51	1	0,99	0
Diagnóstico Médico				
Doença Arterial Coronariana	0,0	1	0,90	0
Valvulopatias	0,56	1	0,63	1,75
Insuficiência Cardíaca	0,0	1	1	1
Outras	-0,60	1	0,59	0,5

Tabela 4 – Associação por regressão logística, coeficiente de *Hosme-Lemeshow* e *odds ratio* entre a variável resiliência (dependente) e demais variáveis (independentes).

Variável	β	Hosmer e Lemeshow	A	<i>odds ratio</i>
Tempo de Diagnóstico	0,28	0,303	0,31	1,011
Doença Prévia	0,59	1	0,59	0,656
Tratamento		1		
Clínico	-1,31	-	0,12	0,323
Cirúrgico	1,31	-	0,12	3,1
Principais Intervenções				
Revascularização do miocárdio	0,0	1	0,70	0
Troca de Válvula	0,29	1	0,81	1,33
Intervenções Hemodinâmicas	-0,56	1	0,66	0,57
Medicamentosa	-1,11	1	0,19	0,33
Outros	19,54	1	0,99	30,77
Tempo de Internação	0,521	0,338	0,527	1,008
Tempo de Uso de Medicação	0,334	0,306	0,35	1,086

β – coeficiente de força da associação; A – coeficiente de regressão. Fonte: Elaborado pelo autor (2019)

A resiliência possui caráter interativo sendo modelada a partir da interação de múltiplos prospectos tanto negativos (fatores de risco) quanto positivos (fatores de proteção). Há maior impacto diante das situações adversas (negativas), pois mostra a capacidade com de resiliência do indivíduo, assim como sua leitura daquela situação. Dessa forma, deve-se levar em consideração e de forma individual o comportamento resiliente ou não do indivíduo frente as adversidades (RUTTER, 2006; RUTTER, 1985).

As relações entre resiliência e variáveis de saúde foram descritas por muitos estudos, sobretudo pelo fato da sua capacidade protetora em certas doenças como as cardiovasculares (LEMOS et al., 2016). Corroborando com o presente estudo Nouri - Saeed et al. (2015) não conseguiu estabelecer caráter preditor entre a grande maioria das variáveis sociodemográficas e clínicas, encontrou apenas significância na variável idade que influencia positivamente a resiliência, ademais deixa claro a necessidade de novas investigações a respeito do assunto.

No tocante do presente estudo, um fato que merece ser destacado é que apesar de não ter havido uma relação significativa entre a adesão ao tratamento, na

literatura, essa relação foi previamente estabelecida e dada como mecanismo típico da personalidade resiliente (LEMOS et al., 2016; BERGH et al, 2015). Destaca-se que as pesquisas que obtiveram encontrar associação das variáveis sociodemográficas e clínicas com a resiliência foram de amostras mais significativas (LEMOS, MORAES, PELLANDA., 2016; NOURI - SAEED, et al., 2015; CARVALHO, et al., 2016).

5 CONCLUSÃO

Foram considerados 41 (80,4%) indivíduos resilientes e 10 (19,6%) indivíduos não resilientes. A amostra de indivíduos resilientes foi composta predominantemente por homens (73,2%), idades de 57 a 69 anos (44%), cor parda (73,2%), união estável (75,6%), ensino médio completo (31,7%), motorista (12,3%), procedentes do domicílio (51,2%), residentes em outros municípios (73,2%), católicos (56,1%), praticantes de religião (73,2%), família composta por companheiro (a) e filhos (46,3%), principal rede de apoio o companheiro (a) (34,1%) e renda familiar de 1 a 2 salários mínimos (51,2%). Foi prevalente a doença arterial coronariana (68,3%), tempo médio de diagnóstico de 39,3 meses, hipertensos (47,5%), submetidos a tratamento cirúrgico (75,6%), revascularizados (51,2%), uso de terapêutica medicamentosa (82,9%), tempo médio de medicação de 55,2 meses e tempo médio de internação hospitalar de 1,3 meses. Os sintomas mais frequentes foram a precordialgia (47,2%) e dispneia (37,7%), os quais afetaram as atividades principalmente de andar (37,7%) e trabalhar (30,2%), motivo de reinternações (53,7%).

Foram considerados relevantes os fatores da Escala CD-RISC-25 que apresentam taxa de responsividade igual ou superior a 50% na resposta “quase sempre verdadeiro”, dessa forma obtiveram maior representatividade o fator 2 - adaptabilidade e tolerância (51%) e o fator 3 - confiança no apoio externo (66,7%). Nos quatro fatores destacaram os seguintes itens: fator 1 - “Eu sei onde quero chegar na minha vida” (72%); fator 2 - “Eu consigo me recuperar bem de uma doença, acidente ou outras dificuldades” e “Eu me considero uma pessoa forte quando tenho que lidar com os desafios e dificuldades da vida”, ambos (60,8%); fator 3 - “Quando meus problemas não tem uma solução clara, as vezes Deus ou o destino podem ajudar” (76,5%) e fator 4 - “Eu acredito que a maioria das coisas boas ou ruins acontecem por alguma razão” (52,9%).

Não houve associação significativa entre resiliência e as características demográficas, socioeconômicas e de saúde, apesar da prevalência elevada em algumas variáveis.

Como limitações do estudo, ressalta-se a amostra reduzida de uma população específica de indivíduos portadores de uma doença cardíaca. Portanto, a

generalização dos achados parece limitante, mas sugere-se que a proposta de pesquisa seja ampliada a amostras mais significativas, a outras realidades e serviços.

REFERÊNCIAS

ALEMÁN, J.F., RUEDA, B. Influencia del género sobre factores de protección y vulnerabilidad, la adherencia y calidad de vida en pacientes con enfermedad cardiovascular. **Atención Primaria**, Madrid, v. 51, n. 9, p. 529-535, nov. 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656718300064>> Acesso em: 10 dez. 2019.

AMARAL-BASTOS, M. O conceito de resiliência na perspectiva de enfermagem. **Rev. iberoam. Educ. investi. Enferm.** Porto, v. 3, n. 4., p. 61-70, out. 2013. Disponível em: <<https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/92/o-conceito-de-resiliencia-na-perspetiva-de-enfermagem/>>. Acesso em: 30 jan. 2020.

ARONSON, E.; WILSON, T. D.; AKERT, R. M. A. **Psicologia social**. 3. ed. Rio de Janeiro: LTC, 2013.

ASSAGIOLI, R. **As bases da psicologia moderna e transpessoal**. 2. ed. São Paulo: Cultrix, 2013.

BERGH, C. et al. Stress resilience and physical fitness in adolescence and risk of coronary heart disease in middle age. **Heart**, Örebro, v. 101, n. 8, p. 623-629, abr. 2015. Disponível em: <<https://heart.bmj.com/content/101/8/623.long>>. Acesso em: 10 dez. 2019.

BERTOLETTI, J. et al. Qualidade de vida e cardiopatia congênita na infância e adolescência. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 102, n. 2, p. 192-198, fev. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066782X2014000200032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 out. 2019.

BÖELL, J. E. W.; DA SILVA, D. M. G. V.; HEGADOREN, K. M. Fatores sociodemográficos e condicionantes de saúde associados à resiliência de pessoas com doenças crônicas: um estudo transversal. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2786, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692016000100408&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 out. 2019.

BRASIL. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. Resolução 466/12. **Dispõe sobre pesquisas com seres humanos.** – Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BRASIL. CADASTRO NACIONAL DOS ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Ministério da Saúde.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em:<<http://cnes.datasus.gov.br/pages/estabelecimentos/consulta.jsp>>. Acesso em 2 jan. 2019.

BRASIL. INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios contínua trimestral.** – Brasília. Ministério do Planejamento, 2015. Disponível em:<<https://sidra.ibge.gov.br/tabela/5919>>. Acesso em 1 jan. 2019.

CABRAL, S. A.; LEVANDOWSKI, D. C. Resiliência e psicanálise: aspectos teóricos e possibilidades de investigação. **Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 42-55, Mar. 2013. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141547142013000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 out. 2019.

CARVALHO, I. G. et al. Ansiedade, depressão, resiliência e autoestima em indivíduos com doenças cardiovasculares. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 24, e2836, Out. 2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692016000100432&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 31 mai. 2019.

CONNOR K.M; DAVIDSON J.R. Development of a new resilience scale: the Connor Davidson Resilience Scale (CD-RISC). **Depress Anxiety**, Durham, v.18, n.2, p-76-82, abr. 2003. Disponível em:< <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/da.10113>>. Acesso em 30 mai. 2019.

FATHI, A.; KHEIR, M.; ATIGH, M. Relationship between selfefficacy and quality of life due to the mediating role of resiliency in cardiovascular disease. **Meth Mod Psychol**, Teerão, v. 2, n. 2, p. 109-122, nov. 2011.

FERREIRA V.M.P., et al. Autocuidado, senso de coerência e depressão em pacientes hospitalizados por insuficiência cardíaca descompensada. **Rev. Esc.**

Enferm. São Paulo, v. 49, n.3, p.388-394, 2015. Disponível em:<<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342015000300387&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 3 jan. 2020.

GARCIA, S. C.; BRINO, R. de F.; WILLIAMS, L. C. de A. Risco e resiliência em escolares: um estudo comparativo com múltiplos instrumentos. **Psicologia da Educação**, São Paulo, n. 28, p. 23-50, jun. 2009. Disponível em:<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141469752009000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 dez. 2019.

GONÇALVES, K.K.N., et al. Ansiedade no período pré-operatório de cirurgia cardíaca. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 69, n. 2, p. 397-403, abr. 2016. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n2/0034-7167-reben-69-02-0397.pdf>>. Acesso em 30 dez. 2019.

JANSSEN, A. M. S. et al. Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes submetidos à cirurgia de revascularização do miocárdio. **Rev. Pesq. Saúde**, São Luís, v.16, n.1, p.29-33, abr. 2015. Disponível em:<<http://www.periodicoselétronicos.ufma.br/index.php/revistahuufma/article/view/4073/2155>>. Acesso em 30 dez. 2019.

JULIANO, M.C.C., YUNES, M.A.M. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. **Ambient. Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 135-154, set. 2014. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414753X2014000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 30 dez. 2019.

KARADEMAS, E. C. Illness cognitions as a pathway between religiousness and subjective health in chronic cardiac patients. **Journal of Health Psychology**, London, v. 15, n. 2, p. 239-247, Mar. 2010. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20207667>>. Acesso em 1 jan. 2020.

KOBASA, Suzanne C.; MADDI, Salvatore R.; COURINGTON, Sheila. Personality and constitution as mediators in the stress-illness relationship. **Journal of health and social behavior**, Chicago, v. 22, n. 4, p. 368-378, dez. 1981. Disponível em:<<https://www.jstor.org/stable/pdf/2136678.pdf?seq=1>>. Acesso em 31 dez. 2019.

KRUGER, A. **Aviões do cerrado: uso de hormônios por travestis e mulheres transexuais no Distrito Federal brasileiro**. 2018. 114f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade de

Brasília, Distrito Federal, 2018. Disponível em:<<https://repositorio.unb.br/handle/10482/34788>>. Acesso em 30 dez. 2019.

LAIZO, Artur; DELGADO, Francisco Eduardo da Fonseca; ROCHA, Glauco Mendonça. Complicações que aumentam o tempo de permanência na unidade de terapia intensiva na cirurgia cardíaca. **Rev Bras Cir Cardiovasc**, v. 25, n. 2, p. 166-71, 2010.

LIMA, F. E. T., et al. Fatores de risco da doença coronariana em pacientes que realizaram revascularização miocárdica. **Revista da rede de enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 13, n. 4, p. 853-860, jan. 2012. Disponível em:<<https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027983015.pdf>>. Acesso em 30 dez. 2019.

LEMOS, C. M. M.; MORAES, D. W.; PELLANDA, L. C. Resiliência em Pacientes Portadores de Cardiopatia Isquêmica. **Cardiologia**, Porto Alegre, v. 106, n. 2, p. 130-135, nov. 2016. Disponível em:<http://www.scielo.br/pdf/abc/2016nahead/pt_0066-782X-abc-20160012.pdf>. Acesso em 20 out. 2018.

LYONS, Judith A. Strategies for assessing the potential for positive adjustment following trauma. **Journal of Traumatic Stress**, v. 4, n. 1, p. 93-111, jan. 1991. Disponível em:< <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jts.2490040108>>. Acesso em 1 jan. 2020.

MARANHÃO. Hospital Estadual Dr. Carlos Macieira. Disponível em:<<http://institutoacqua.org.br/unidade/hospital-de-referencia-estadual-de-alta-complexidade-medicos-dr-carlos-macieira-hcm/>>. Acesso em 3 jan. 2020.

MARQUES, K. A.; MELO, A.F.F. de. Abordagens metodológicas no campo da pesquisa científica. **Blucher Education Proceedings**, v. 2, n. 1, jan. 2017. Disponível em:< <https://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/abordagens-metodologicas-no-campo-da-pesquisa-cientifica-25384>>. Acesso em 1 jan. 2019.

MOTTA, B.F.B., ROSA, J.H.S. Aspectos sociais da resiliência em pacientes com diabetes mellitus tipo II. **Revista Científica Fagoc**. v. 1, p. 27-36, 2016. Disponível em:< <https://pdfs.semanticscholar.org/d4ba/4cdf9a7b4f7d13e61940f083e616038d8fc4.pdf>>. Acesso em 20 dez. 2019.

MIGLIRIONI, C.; CALLAWAY, L.; NEW, P. Preliminary investigation into subjective well-being, mental health, resilience, and spinal cord injury. **The journal of spinal cord medicine**. v. 36, n. 6, p. 660-665, 2013. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1179/2045772313Y.0000000100>>. Acesso em 20 dez. 2019.

NOURI - SAEED, A., et al. Resilience and the associated factors in patients with coronary artery disease. **Journal of Nursing and Midwifery Sciences**, Irã n. 2, v.2, p. 23-28, jun. 2015. Disponível em:< <http://jnms.mazums.ac.ir/article-1-118-en.pdf>>. Acesso em 29 dez. 2019.

PEDRO, I.; GALVÃO, C.; ROCHA, S.; NASCIMENTO, L. Apoio social e famílias de crianças com câncer: revisão integrativa. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 477-483, 1 jun. 2008. Disponível em:<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S01041169200800030023&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em 30 dez. 2019.

PESCE, R. P. et al. Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 135-143, ago. 2004. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n2/a06v20n2.pdf/>>. Acesso em 12 jun. 2019.

REIS, M. M. R., et al. Perfil epidemiológico de pacientes submetidos à cirurgia cardíaca. **Rev. enferm. UFPE on line**, p. 1015-1022, abr. 2019. Disponível em:<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/238020/31797>>. Acesso em 10 dez. 2019.

REPPOLD, C.T.et al. Avaliação da resiliência: controvérsia em torno do uso das escalas. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 248-255, 2012. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722012000200006>. Acesso em 30 dez. 2019.

RICHARDSON, G. E. The metatheory of resilience and resiliency. **Journal of clinical psychology**, v. 58, n. 3, p. 307-321, abr. 2002. Disponível em:<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jclp.10020>>. Acesso em 30 dez. 2019.

RUTTER, M. Implications of resilience concepts for scientific understanding. **Annals of the New York Academy of Sciences**, Nova York, v. 1094, n. 1, p. 1-12, Janeiro 2007. Disponível em:<<https://corstone.org/wp-content/uploads/2015/05/Implications-of-Resilience-Concepts.pdf>>. Acesso em 30 dez. 2019.

RUTTER, M. Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. **The British Journal of Psychiatry.**, v.147, n. 6, p. 598-611, 1985. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3830321>>. Acesso em 30 dez. 2019.

SANTOS, Edmar Batista; BIANCO, Henrique Tria. Atualizações em doença cardíaca isquêmica aguda e crônica. **Rev Soc Bras Clin Med**, São Paulo, v. 16, n. 1, p. 52-8, jan. 2018. Disponível em: < http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/884997/dezesseis_cinquenta_dois.pdf>. Acesso em 30 dez. 2019.

SOARES, S. Cotidiano escolar, resiliência e pedagogia do ambiente. **Ângulo**, n. 139, v.1, jun. 2016.

SOLANO, J.P.C. et al. Adaptação e validação de escalas de resiliência para o contexto cultural brasileiro: escala de resiliência disposicional e escala de Connor-Davidson. **Tese de doutorado**. Universidade de São Paulo, 2016. Disponível em:<<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5152/tde-23082016-092756/pt-br.php>>. Acesso em 10 dez. 2019.

SOUZA, I. et al. Perfil de resiliência em pacientes com dor crônica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. 00146915, 2017. Disponível em:< http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2017000105004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 dez. 2019.

WALSH, F. Traumatic loss and major disasters: Strengthening family and community resilience. **Family Process**, v.46, n.2, p. 207-227, fev. 2007. Disponível em:<https://www.researchgate.net/publication/6243373_Traumatic_Loss_and_Major_Disasters_Strengthening_Family_and_Community_Resilience>. Acesso em 30 dez. 2019.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Formulário Sociodemográfico e Clínico



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

DATA: / / HOSPITAL: HUMI HUPD HCM

CLÍNICA AMBULATÓRIO PRONTUÁRIO: _____

DADOS SÓCIODEMOGRÁFICOS:

NOME: _____

SEXO: Masc. Fem. COR AUTODECLARADA: Branca Preta Parda

DN: / / IDADE: _____ NATURALIDADE: _____
PROCEDÊNCIA: _____ RELIGIÃO: _____ PRATICANTE: S N

ESCOLARIDADE: Não alfabetizado Alfabetizado Fundamental incompleto
Fundamental Completo Médio incompleto Médio Completo
Superior incompleto Superior completo

PROFISSÃO: _____ OCUPAÇÃO: _____

RENDA FAMILIAR: Menos de 1 salário 1 a 2 salários mínimos
2 a 4 salários mínimos Mais de 4 salários mínimos

SITUAÇÃO CONJUGAL: Solteiro (a) Casado(a) Divorciado (a) Viúvo (a)
Vive com o companheiro (a)

COMPOSIÇÃO FAMILIAR: _____

REDE DE APOIO: _____

DADOS CLÍNICOS:

DIAGNÓSTICO MÉDICO: _____ TEMPO DE DIAGNÓSTICO: _____

DOENÇAS DE BASE: Hipertensão Arterial (pressão alta) Diabetes Mellitus

OUTRAS DOENÇAS: _____

TRATAMENTO: Clínico Cirúrgico Intervenções: _____

FAZ USO DE ALGUMA MEDICAÇÃO: Sim Não SE SIM, QUAIS: _____
HÁ QUANTO TEMPO? _____

TEMPO QUE FREQUANTA O AMBULATÓRIO/ENFERMARIA: _____

POSSUI SINTOMAS: Sim Não Quais? _____

AFETA SUA VIDA DIÁRIA: Sim Não Quais? _____

INTERNAÇÕES: Sim Não Quantas: _____ Tempo de Permanência: _____

REINTERNAÇÕES: Sim Não Quantas: _____

Observação: _____

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O (a) Senhor (a) está sendo convidado (a) a participar da pesquisa cujo tema é: **“CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS E DE SAÚDE ASSOCIADAS À RESILIÊNCIA DE INDIVÍDUOS COM UMA DOENÇA CARDÍACA”**. Esta pesquisa tem como objetivo investigar a resiliência em pacientes com uma doença cardíaca nos serviços de referência de alta complexidade em cardiologia do município de São Luís-Maranhão. Resiliência é a predisposição individual para resistir às consequências negativas da vida. Os resultados da pesquisa poderão fornecer informações sobre a compreensão sobre a capacidade de enfrentamento das pessoas as dificuldades e adversidades.

Para que a pesquisa seja realizada, inicialmente será necessária que o (a) Senhor (a) me conceda uma entrevista individual contendo perguntas pessoais (sexo, idade, escolaridade, profissão, ocupação, estado civil, religião, renda), sobre a doença do coração (diagnóstico, sintomas, tratamento e atividades diárias) e questões sobre a resiliência (adaptação do (a) senhor (a) em eventos importantes de sua vida). As entrevistas permanecerão guardadas com o (a) pesquisador (a) e, somente ele (a) e sua orientadora terão acesso ao seu conteúdo, sendo o material armazenado em local seguro. A sua participação é voluntária e sua privacidade será preservada, somente os pesquisadores responsáveis terão acesso às informações. A qualquer momento da pesquisa o (a) senhor (a) poderá solicitar esclarecimentos que julgar necessário, assim como, interromper sua participação. Caso ocorra algum tipo de risco mínimo como um desconforto pelo tempo exigido ou até um constrangimento pelo teor do questionário, será realizada a suspensão da aplicação do questionário ou ainda a aplicação do questionário em momento mais oportuno, caso aceite ainda participar da pesquisa, não acarretará prejuízo de qualquer espécie. Em relação aos benefícios da pesquisa estão relacionados a contribuição para ampliar os conhecimentos a respeito do tema, além de possibilitar a comunidade científica uma maior visibilidade do processo de resiliência em pacientes cardíacos e seus familiares. A participação nesta pesquisa não trará a (o) senhor (a) nenhuma despesa e o (a) senhor (a) não receberá qualquer pagamento por isso. Ainda assim, se for comprovado algum gasto, você terá a garantia de ressarcimento. Caso sejam identificados possíveis danos diretos/indiretos e

imediatos/tardios provenientes desta pesquisa, você tem o direito de buscar a indenização por vias legais.

Qualquer dado que possa identificá-lo (a) será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa e a qualquer momento, durante ou posteriormente a pesquisa, o (a) senhor (a) poderá solicitar das pesquisadoras informações sobre sua participação e ou sobre a pesquisa, o que pode ser feito por meio de contatos explicados neste Termo. Os resultados desta pesquisa serão divulgados em eventos e/ou revistas científicas, bem como retornarão a esta instituição por meio de relatório, sem que haja a sua identificação. As informações contidas no questionário ficarão sob responsabilidade dos (as) pesquisadores (as) por um período de cinco anos, após este prazo o documento será destruído. Este documento possui duas vias. O Senhor (a) deverá rubricar e assinar em todas as suas páginas juntamente com o (a) pesquisador (a) responsável pela pesquisa e ficar com uma das vias assinadas.

Em caso de dúvidas acerca da pesquisa, o (a) senhor (a) poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão, na Rua Barão de Itapary nº 227, Centro. São Luís- MA. Telefone: 21091250 ou com a pesquisadora Lísia Divana C. Silva, na Cidade Universitária da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), no prédio Paulo Freire, localizada na Avenida dos Portugueses, nº 1966, Bacanga- CEP: 65080805, São Luís – MA, Telefone: (98) 3272 9700, E-mail:liscia@elointernet.com.br. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados interdisciplinares e independentes, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criados para garantir a proteção dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos.

Eu, _____ RG/CPF: _____

_____, abaixo assino, concordo em participar da pesquisa **“CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS, SOCIOECONÔMICAS E DE SAÚDE ASSOCIADAS À RESILIÊNCIA DE INDIVÍDUOS COM UMA DOENÇA CARDÍACA”**. Declaro que li as informações contidas nesse documento, fui devidamente informado(a) e esclarecido (a) dos procedimentos que serão utilizados, desconfortos, benefícios, confidencialidade da pesquisa. Foi-me garantido que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem quaisquer prejuízos ou penalidades. Declaro ainda que li e entendi todas as informações deste documento e tive tempo para

pensar sobre elas, além da oportunidade de fazer perguntas e todas elas foram atendidas de forma adequada. Concordo, de maneira voluntária, em participar do estudo e fornecer as informações necessárias.

São Luís- MA: ___/___/___.

Assinatura do (a) Participante

Assinatura do (a) Pesquisador (a)

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Colegiado de Curso – Projeto de TCC



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CCBS – CURSO DE ENFERMAGEM

PARECER DO COLEGIADO DE CURSO - PROJETO DE TCC

1. **TÍTULO:** Características demográficas, socioeconômicas e de saúde associadas à resiliência de indivíduos com uma doença cardíaca
2. **ALUNO(A):** Carlos Alberto Campos Júnior
3. **ORIENTADOR(A):** Profa. Dra. Liscia Divana Carvalho Silva
4. **INTRODUÇÃO:** Bem contextualizada, referências atualizadas. Apresenta problema de pesquisa bem delimitado.
5. **JUSTIFICATIVA:** Apresentada em item específico e justificativa plausível.
6. **OBJETIVOS:** Adequados à abordagem metodológica adotada.
7. **PROCESSO METODOLÓGICO:** Apresenta o tipo de pesquisa, a forma de abordagem dos participantes, período de coleta, tratamento e análise dos dados, e os aspectos éticos da pesquisa, com autorização dos autores da escala para a realização da coleta de dados.
8. **CRONOGRAMA:** Adequado.
9. **TERMO DE CONSENTIMENTO:** Atende as exigências da bioética e Resolução 466/2012-CNS.
10. **NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA:** Adequado às normas estabelecidas.
11. **CONCLUSÃO DO PARECER:** Projeto está com apresentação que atende a Norma Complementar do Curso e apresenta relevância acadêmica e epidemiológica, e com parecer do CEP do HUUFMA. Parecer favorável para a realização da pesquisa.

São Luís, 09 de outubro de 2019.

Andréa Cristina Oliveira Silva
Professor(a) Relator(a)

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia 09 / 10 / 19.
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em ____ / ____ / ____.
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia ____ / ____ / ____.

Andréa
Prof.ª Dr.ª Andréa Cristina Oliveira Silva
Coordenadora do Curso de Enfermagem

ANEXO B – Escala Connor e Davidson de Resiliência (CD-RISC-25)

Escala de Resiliência de Connor-Davidson para o Brasil-25^{BRASIL} (CD-RISC-25^{BRASIL}) ©

Quanto as afirmações abaixo são verdadeiras para você, pensando no mês passado?
Se algumas dessas situações não ocorreram no mês passado, responda como você acha que teria se sentido se elas tivessem ocorrido.

	Nem um pouco verdadeiro (0)	Raramente verdadeiro (1)	Às vezes verdadeiro (2)	Frequentemente verdadeiro (3)	Quase sempre verdadeiro (4)
1. Eu consigo me adaptar quando mudanças acontecem.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Eu tenho pelo menos um relacionamento próximo e seguro com alguém que me ajuda quando estou nervoso.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Quando meus problemas não têm uma solução clara, às vezes Deus ou o destino podem ajudar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Eu consigo lidar com qualquer problema que acontece comigo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Os sucessos do passado me dão confiança para enfrentar novos desafios e dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Eu tento ver o lado humorístico das coisas quando estou com problemas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ter que lidar com situações estressantes me faz sentir mais forte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Eu costumo me recuperar bem de uma doença, acidentes e outras dificuldades.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Eu acredito que a maioria das coisas boas ou ruins acontecem por alguma razão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Eu me esforço ao máximo, não importa qual seja o resultado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Eu acredito que posso atingir meus objetivos mesmo quando há obstáculos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Mesmo quando tudo parece sem esperanças, eu não desisto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Nos momentos difíceis ou de crise, eu sei onde procurar ajuda.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Fico concentrado e penso com clareza quando estou sob pressão.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Eu prefiro assumir a liderança para resolver problemas, em vez de deixar os outros tomarem as decisões.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Eu não desanimo facilmente com os fracassos.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Eu me considero uma pessoa forte quando tenho que lidar com desafios e dificuldades da vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Se for necessário, eu consigo tomar decisões difíceis e desagradáveis que afetem outras pessoas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Eu consigo lidar com sentimentos desagradáveis ou dolorosos como tristeza, medo e raiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Ao lidar com os problemas da vida, eu às vezes sigo minha intuição, sem saber por quê.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Eu sei onde quero chegar na vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Eu sinto que tenho controle sobre minha vida.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Eu gosto de desafios.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Eu me esforço para atingir meus objetivos, não importa que obstáculos eu encontre pelo caminho.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Eu tenho orgulho das minhas conquistas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Solano JP, Bracher E, Pietrobon R, Camona MJ. Adaptação cultural e estudo de validade da escala de resiliência de Connor-Davidson para o Brasil. Nenhuma parte deste documento pode ser reproduzida ou transmitida por qualquer meio, eletrônico ou mecânico, incluindo fotocópias simples e digitalização, sem permissão escrita de Dr. Davidson - mail@cd-risc.com. Direitos reservados.
Copyright © 2001, 2003, 2007, 2009, 2011, 2016 by Kathryn M. Connor, M.D., and Jonathan R.T. Davidson, M.D.

ANEXO C – E-mail de autorização de uso da escala.

09/10/2019 Zimbra: Re: ESCALA RESILIÊNCIA

[Pesquisar](#) liscia@eloin...et.com.br

E-mail Contactos Agenda Tarefas Preferências Pesquisar Re: ESCALA RESI Re: I

Fechar Responder Responder a todos Encaminhar Apagar Spam Ações

 **Re: ESCALA RESILIÊNCIA**

De: [Jonathan davidson](#)

Para: [liscia@elointernet.com.br](#)

Cc: [connordavidsonrisc](#)

[aRISC Manual 06-01-19_F.pdf \(3,6 MB\) Download | Remover](#)
[CD-RISC 25 Brasil_FINAL 020816.pdf \(51,4 KB\) Download | Remover](#)
[Fazer download de todos os anexos](#)
[Remover todos os anexos](#)

Hello Liscia:

Thank you for sending payment to Dr. Connor. Did you let her know? - her email is connordavidsonrisc@gmail.com, and y

I have pleasure to enclose the scale and manual.

Sincerely,

Jonathan Davidson

From: liscia@elointernet.com.br <liscia@elointernet.com.br>
Sent: Friday, July 26, 2019 10:09 AM
To: Jonathan Davidson, M.D. <jonathan.davidson@duke.edu>
Subject: Re: ESCALA RESILIÊNCIA

Prezado Prof. Jonathan Davidson,

Gostaria de saber se o pagamento pode ser realizado através de OPE- WESTERN UNION.

Cordialmente,

Liscia Divana

De: "Jonathan davidson" <jonathan.davidson@duke.edu>
Para: liscia@elointernet.com.br
Cc: "Kathryn Connor" <connordavidsonrisc@gmail.com>
Enviadas: Quinta-feira, 25 de julho de 2019 14:26:13
Assunto: Re: ESCALA RESILIÊNCIA

Dear Liscia:

Thank you for your reply. If you can kindly sign and return to me the enclosed agreement, and remit payment of the \$50 f

With best regards

<https://mailbox02.elointernet.com.br/?client=preferred#13>

ANEXO D – Parecer de Autorização HUUFMA

 EBSERH	UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA COMISSÃO CIENTÍFICA – COMIC – HUUFMA
PARECER DE AUTORIZAÇÃO	
Financiamento	Finalidade do projeto
<input checked="" type="checkbox"/> Recurso Próprio <input type="checkbox"/> Fomento Público Nacional <input type="checkbox"/> Fomento Público Internacional <input type="checkbox"/> Fomento Privado Nacional / Ind. Farmacêutica <input type="checkbox"/> Fomento Privado Internacional / Ind. Farmacêutica	<input type="checkbox"/> Coparticipante <input checked="" type="checkbox"/> Dep. Acadêmico <input type="checkbox"/> Doutorado <input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Graduação <input type="checkbox"/> Iniciação Científica <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Multicêntrico <input type="checkbox"/> Residência Buco Maxilo <input type="checkbox"/> Residência Médica <input type="checkbox"/> Residência Multiprofissional <input type="checkbox"/> Serviço/HU-UFMA
Nº do Protocolo: 23523.002147/2019-59 Data de Entrada: 18/01/2019 Nº do Parecer: 17/2019 Parecer: APROVADO	

I - IDENTIFICAÇÃO:

Título: VULNERABILIDADE E RESILIÊNCIA EM PACIENTES E FAMILIARES COM UMA DOENÇA CARDÍACA: uma análise de fatores de risco, de proteção e de adesão ao tratamento.	
Pesquisador Responsável: Liscia Divana Carvalho Silva	
Maior Titulação: Doutorado	
Equipe Executora: Rosilda Silva Dias; Patrícia Ribeiro Azevedo; Flávia Danyelle Oliveira Nunes; Carlos Alberto Campos Júnior; Bruna Cristina Silva Andrade; Dácio Neves Sousa; Kelven Ferreira Dos Santos; Jakeline Mesquita Dos Santos Silva; Tatiane Kely Nascimento Cajado; Antônia Myllena Franco Xavier.	
Unidade onde será realizado: <input checked="" type="checkbox"/> HUPD <input type="checkbox"/> HUMI <input type="checkbox"/> CEPEC <input type="checkbox"/> Biobanco	
Sector de realização: Unidade de Cuidados Intensivos Cardiológicos	
Cooperação estrangeira: <input type="checkbox"/>	Multicêntrico: <input type="checkbox"/> Coparticipante: <input type="checkbox"/> Não se aplica: <input checked="" type="checkbox"/>

II - OBJETIVOS

Geral

- Investigar a resiliência em pacientes com doença cardíaca e seus familiares nos serviços de referência de alta complexidade em cardiologia do município de São Luis-Maranhão.

Específicos

- Verificar a associação entre resiliência e características sociodemográficas, clínicas e eventos adversos;
- Identificar as condições e determinantes sociais na construção da resiliência;
- Descrever os principais comportamentos para o enfrentamento de condições adversas;
- Compreender os fatores de risco e proteção, emocionais e relacionais, estratégias e desafios no fortalecimento da resiliência.

III – CRONOGRAMA: Início da coleta: ABRIL/2019 Final do estudo: ABRIL/2020

IV - NÚMERO ESTIMADO DA AMOSTRA: 50

V - RESUMO DO PROJETO: Introdução: Na literatura leiga a palavra vulnerabilidade vem associada à pressão do poder econômico e perda social, a injustiça, a exploração, as deficiências, as minorias, ao desamparo, ao subdesenvolvimento, a pobreza e opressão. A noção de incapacidade, a falta de recursos e perda da autonomia são atributos que acompanham a discussão de populações ou grupos vulneráveis. Nesse sentido, o termo vulnerabilidade, refere-se à chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que ainda

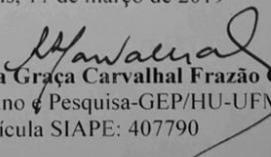
que se refiram imediatamente ao indivíduo, o recoloca na perspectiva da dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo. E a resiliência apresenta-se como um assunto contemporâneo de saúde ainda em construção, visto que ajuda a pessoa a descobrir sua força interior e permite a sua capacidade de resistir, reagir positivamente, mediante as condições adversas, exprimindo o reconhecimento e a valorização das capacidades das pessoas de terem coragem e vontade de realizar uma mudança de vida. A investigação das condições de vida dos pacientes cardiopatas tem adquirido maior atenção como um importante desfecho de saúde, não somente relacionado a sintomas e condições clínicas, mas em termos do seu nível de bem-estar e satisfação com a vida como um todo. **Objetivo:** Investigar a resiliência em pacientes com doença cardíaca e seus familiares nos serviços de referência de alta complexidade em cardiologia do município de São Luís-Maranhão. **Método:** trata-se de pesquisa com integração de dados quantitativos e qualitativos, que será realizada nos ambulatórios e nas unidades de internação de dois Serviços de Referência Estadual de Alta Complexidade em Cardiologia do município de São Luís-Maranhão: o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão HUUFMA) e o Hospital Dr. Carlos Macieira. A coleta de dados da fase quantitativa será realizada no período de abril a outubro de 2019, por meio de entrevista individual e a coleta de dados da fase qualitativa ocorrerá no período de outubro de 2019 a abril de 2020 por meio da técnica de grupos focais. Participarão da pesquisa indivíduos com diagnóstico médico de doença cardíaca e que estejam frequentando os Ambulatórios de Cardiologia dos hospitais onde será realizada a pesquisa. Serão excluídos da pesquisa os indivíduos que estiverem frequentando o ambulatório por um período inferior a seis meses. Para fins de planejamento da pesquisa serão considerados quatro aspectos principais: distribuição de tempo, atribuição de peso, a combinação e a teorização. Como instrumentos para coleta de dados serão utilizados um formulário sociodemográfico e clínico, mais a Escala de resiliência na fase quantitativa e na fase qualitativa serão realizados grupos focais com os indivíduos cardiopatas e seu familiar. Na análise dos dados, as variáveis quantitativas serão descritas sob a forma de médias e desvio-padrão e as qualitativas (grupos focais) será utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin. Em obediência à resolução de N° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, quanto aos estudos com seres humanos, este projeto será submetido ao CEP do HU-UFMA. O paciente e/ou seu familiar que aceitarem participar da pesquisa, irão assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e na fase qualitativa será solicitada autorização para gravação. Financiamento Próprio.

VI – PARECER: Aprovado

A aprovação representa a autorização para a coleta de dados no âmbito do HU-UFMA, fundamentado na Resolução 001/CAHU/UFMA de 03 de agosto de 2007, entretanto o **início da coleta de dados** está condicionado à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa CEP/HU-UFMA **em atendimento à Resolução CNS n° 466/12** e suas complementares, considerando que os aspectos éticos não são avaliados pela COMIC.

Após o término da pesquisa, o pesquisador deverá encaminhar o relatório final (resumo impresso e cópia em CD) à Comissão Científica (COMIC – HU UFMA), após a conclusão do estudo.

São Luís, 11 de março de 2019


Prof. Dra. Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa
Gerente de Ensino e Pesquisa-GEP/HU-UFMA
Matrícula SIAPE: 407790

ANEXO E – Autorização SES-MA para início da coleta**GOVERNO DO ESTADO DO MARANHÃO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
COORDENAÇÃO DE ESTÁGIO E PESQUISA****Ofício nº40/2019****Hospital Dr Carlos Macieira****São Luís, 29 de julho de 2019.**

Prezado Diretor (a),

Estamos autorizando o início da pesquisa "VULNERABILIDADE E RESILIÊNCIA EM PACIENTES E FAMILIARES COM UMA DOENÇA CARDÍACA: uma análise de fatores de risco, de proteção e de adesão ao tratamento.", sob a Coordenação do Prof Dra Lúcia Divana Carvalho Silva do curso de Enfermagem Universidade Federal do Maranhão. A coleta de dados acontecerá no período de 29/07/2019 a 29/11/2019.

Este estudo foi protocolado na Secretaria de Estado da Saúde do Maranhão através do processo 0291436/2018 a ser realizada pela equipe executora formada por: Lúcia Divana Carvalho Silva, Flávia Danyelle Oliveira Nunes, Rosilda Silva Dias, Patrícia Ribeiro Azevedo, Flávia Danyelle Oliveira Nunes, Carlos Alberto Campos Júnior, Bruna Cristina Silva Andrade, Dacio Neves Sousa, Kelven Ferreira dos Santos, Jakeline Mesquita dos Santos Silva, Tatiane Kely Nascimento Cajado e Antonia Myllena Franco Xavier

Comitê de Ética: Hospital Universitário -UFMA

CAAE: 12789819900005086

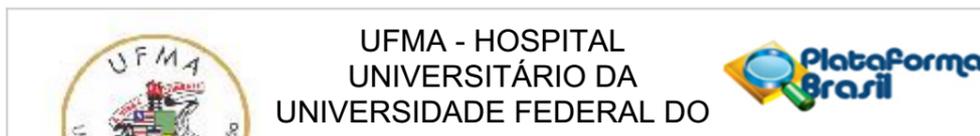
PARECER: 3396844

Data da aprovação: 17/06/2019

Atenciosamente,

**CYNTHIA GRISELDA CASTRO VIEGAS
Coordenadora de Estágio e Pesquisa da SES-MA
Matricula: 2594174**

ANEXO F – Parecer consubstanciado do CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: VULNERABILIDADE E RESILIÊNCIA EM PACIENTES E FAMILIARES COM UMA DOENÇA CARDÍACA: uma análise de fatores de risco, de proteção e de adesão ao tratamento.

Pesquisador: Liscia Divana Carvalho Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 12789819.9.0000.5086

Instituição Proponente: Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.396.844

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas nos campos "Apresentação do Projeto", "Objetivo da Pesquisa" e "Avaliação dos Riscos e Benefícios" foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1331994.pdf

Datado de 02/06/2019)

Introdução

Imediatamente quando lemos na literatura leiga a palavra vulnerabilidade esta vem associada à pressão do poder econômico e perda social, a injustiça, a exploração, as deficiências, as minorias, ao desamparo, ao subdesenvolvimento, a pobreza e opressão. A noção de incapacidade, a falta de recursos e perda da autonomia são os atributos que acompanham a discussão de populações ou grupos vulneráveis. O significado do termo vulnerabilidade, nesse caso, refere-se à chance de exposição das pessoas ao adoecimento, como resultante de um conjunto de aspectos que ainda que se refiram imediatamente ao indivíduo, o recoloca na perspectiva da dupla-face, ou seja, o indivíduo e sua relação com o coletivo. Assim, a vulnerabilidade como qualquer outro constructo conceitual que envolve uma multidimensionalidade, no caso a situação de saúde e seus determinantes, vai sofrer uma modificação quanto algumas variáveis se alterarem (TEDESCO;

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.396.844

LIBERMAN, 2008). Na história da humanidade, em todos os tempos e lugares, sempre existiram experiências negativas e de grande adversidade para a vida humana. A resiliência ajuda a pessoa a descobrir sua força interior e que permite a sua capacidade de resistir, reagir positivamente, mediante as condições adversas, exprimindo o reconhecimento e a valorização das capacidades das pessoas de terem coragem e vontade de realizar uma mudança de vida. É importante refletir sobre o cotidiano, relacionando-o com a questão do ambiente, considerando que o cotidiano é formado por um ambiente que constrói um conjunto de elementos com o coletivo, cultural, relações, práticas, experiências e projetos. O ambiente social é um espaço de aprendizados a partir das relações. Os confrontos e reflexões que emergem dos conflitos, das dificuldades que possam ocorrer é um espaço propício de diálogo e de compreensão das adversidades que surgem a partir do confronto com o diferente (SOARES, 2014). As mudanças que a doença crônica traz nem sempre são enfrentadas de maneira adequada, podendo ocasionar dificuldades no cuidado e controle dessa doença, gerando estresse e trazendo sofrimento para as pessoas e suas famílias. No entanto, percebemos que algumas dessas pessoas conseguem superar essas dificuldades mantendo-se aderentes ao tratamento e enfrentando sua doença como algo a ser superado, mesmo que, muitas vezes, possuam inúmeros outros problemas nos diversos âmbitos em sua vida. Esse fato pode estar relacionado com conceito de resiliência (BOELL, SILVA, HEGADOREN, 2016). São muitos os fatores de risco, crônicos ou agudos, que estariam afetando a capacidade de resiliência das pessoas. Condições de pobreza, rupturas na família, vivência de algum tipo de violência, experiências de doença no próprio indivíduo ou na família e perdas importantes são alguns exemplos. Por vulnerabilidade entende-se a predisposição individual para desenvolver variadas formas de psicopatologias ou comportamentos não eficazes, ou susceptibilidade para um resultado negativo no desenvolvimento. No outro lado, está a resiliência, como a predisposição individual para resistir às consequências negativas do risco e desenvolver-se adequadamente. Compreender de que forma esses mediadores agem para atenuar os efeitos negativos do estresse ou do risco é tarefa tão complexa quanto determinar o que é fator de adversidade para cada ser humano (PESCE et al., 2004). A resiliência não é uma característica ou traço individual, mas consequência da interação entre os fatores de risco, a intensidade e duração dos mesmos e dos fatores de proteção do indivíduo ou do seu ambiente, decorrentes de relações parentais satisfatórias e da disponibilidade de fontes de suporte social (GARCIA; BRINO; WILLIAMS, 2009). Nesse sentido, a resiliência não se restringe apenas ao indivíduo dentro da família, mas a família como um todo, embora muitos aspectos estudados na resiliência individual tenham sido incorporados à noção de família resiliente, tais como a ênfase na resiliência como um processo em

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

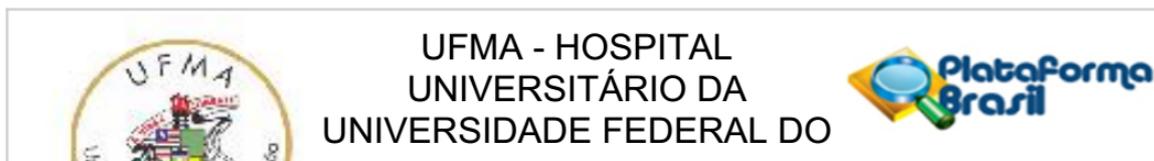
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.396.844

desenvolvimento e não como um fenômeno estático; a importância da etapa do desenvolvimento em que o sujeito ou a família se encontram quando se deparam com a adversidade e o papel que desempenham os fatores de risco e de proteção na determinação da resposta do sujeito ou da família à situação que enfrentam. O conceito de família resiliente surgiu a partir da compreensão que esta característica se constrói nas relações e experiências vividas ao longo do ciclo vital e por meio das gerações, capacitando a família para reagir de forma positiva às situações potencialmente provocadoras de crises, superando dificuldades e promovendo adaptação de maneira produtiva para o seu próprio bem-estar (WALSH, 2007). De acordo com o modelo da resiliência familiar, a partir das suas experiências cotidianas, as famílias envolvem-se em padrões estáveis de interação à medida que avaliam as exigências e dificuldades que enfrentam com as capacidades e recursos de que dispõem, o que as leva a um nível de ajustamento familiar dinâmico. A fase de ajustamento relaciona-se com as reações familiares face aos fatores de estresse temporários e que representam um impacto mínimo na unidade familiar. Se a literatura e os estudos sobre a resiliência nas crianças, jovens e adultos são consideravelmente vastos, a resiliência nas famílias é um processo relativamente novo e ainda pouco investigado. No modelo de resiliência familiar, a partir das suas experiências cotidianas, as famílias envolvem-se em padrões estáveis de interação à medida que avaliam as exigências e dificuldades que enfrentam com as capacidades e recursos de que dispõem, o que as leva a um nível de ajustamento familiar dinâmico. A fase de ajustamento relaciona-se com as reações familiares face aos fatores de estresse temporários e que representam um impacto mínimo na unidade familiar. A resiliência familiar constitui-se como um desafio não apenas para os seres humanos que enfrentam as adversidades, mas também, para os pesquisadores que tentam compreender esse fenômeno procurando respostas para as inúmeras questões que, ainda envolvem o corpo de conhecimento no âmbito da resiliência. A identificação desses processos-chave pode ajudar a estabelecer um plano de intervenção que permitirá ajudar a fortalecer a resiliência nas famílias (MARTINS, 2014). A resiliência como um conceito na saúde evidencia as potencialidades e capacidades do indivíduo, acreditando no seu empoderamento como participante do seu processo de saúde (MOTTA; ROSA, 2016), podendo ser identificada a partir do contexto de uma diversidade de situações, inclusive nas doenças crônicas. A resiliência é um fator psicossocial associado a desfechos clínicos e, a relação entre este fator protetor e determinadas doenças crônicas, como a doença cardíaca, ainda é pouco explorada (LEMOS; MORAES; PELLANDA, 2016). A vulnerabilidade deveria se aproximar mais do próprio fato de estarmos vivos, portanto algo que vai além de uma situação ou condição específica para se

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

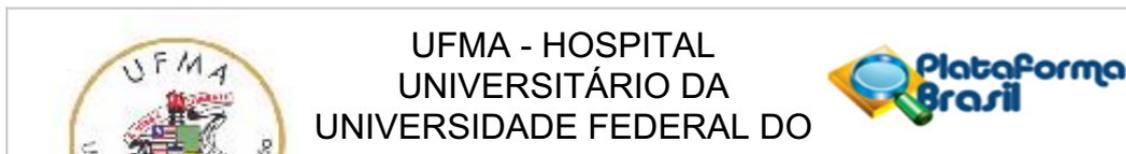
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.396.844

avizinhar com os processos ora mais amenos ora mais intensos ou abruptos que fazem com que a vida se processe em um continuum atravessado por aspectos biológicos, afetivos, emocionais, relacionais, genéticos, políticos, subjetivos, em uma multiplicidade de dimensões que não podem ser separadas ou fragmentadas em categorias, seja para facilitar a sua análise, seja para reduzir os processos da vida em setores pouco articulados entre si (TEDESCO, 2008). Parte dos estudos sobre resiliência busca entender quais mecanismos permitem este fenômeno, já que conforme o repertório de capacidades psicológicas desenvolvidas pelo indivíduo ao longo de sua vida, uma mesma situação pode ser encarada como um desafio, que motiva o enfrentamento, ou uma adversidade, que o expõe a uma situação de fragilidade. Tal invulnerabilidade faria com que estes fossem mais aptos a lidar com situações adversas. A estreita relação entre os aspectos psicológicos e a doença clínica é uma via privilegiada para o estudo dos mecanismos de desenvolvimento da cardiopatia, sua prevenção, diagnóstico e tratamento. As doenças crônicas são geralmente associadas a condições degenerativas de longo prazo e correspondem a uma adversidade concreta na vida dos indivíduos evocando mecanismos de resiliência no processo de adoecimento enfrentado por seus portadores. Em um dos extremos, estão aquelas pessoas que conseguem sair de situações extremamente adversas sem grandes sequelas (LEMONS; MORAES; PELLANDA, 2016). A noção de uma resposta frente a um evento, como uma doença crônica, é uma situação que desorganiza, o que implica em uma capacidade de resposta frente a esta situação. As concepções sobre vulnerabilidade exigem um olhar especializado que permita ir além da dimensão do risco, mas como potencialidade para construir transformações. A vulnerabilidade e a capacidade são lados de um mesmo processo, pois a primeira está intimamente relacionada à capacidade de luta e de recuperação que o indivíduo pode apresentar, potencializando ou diminuindo a vulnerabilidade. Inferir as condições da vida do sujeito a partir de uma única vertente seja ela ligada as condições socioculturais ou a "fragilidades" do sujeito em enfrentar as diferentes situações da vida é tratar com simplicidade e modo excessivamente reduzido a questão (TEDESCO, 2008). Além disso, esses encargos podem ocasionar mudanças na dinâmica familiar pela necessidade de maior cuidado ao paciente. Pessoas pouco resilientes, possivelmente, apresentam maior exposição ao estresse e enfrentamento prejudicado em face às adversidades, podendo gerar sintomas de ansiedade, depressão, raiva, impulsividade e baixa autoestima. Dessa forma, a enfermagem deve refletir e elaborar propostas para uma anamnese mais detalhada, que envolva não só os aspectos físicos da doença, mas também os psicossociais (CARVALHO et al., 2016). Assim, o grau de resiliência de determinado indivíduo estaria marcado temporalmente no curso de sua vida, e qualquer forma de mensuração

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

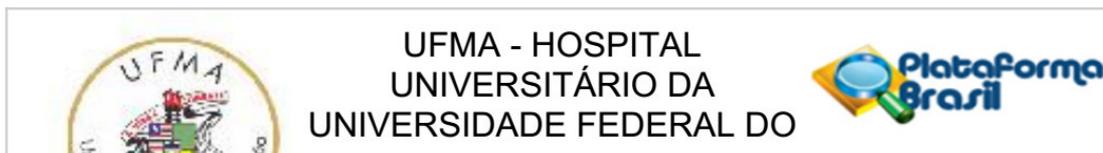
UF: MA

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.396.844

corresponderia apenas a um retrato instantâneo. Destaca-se a visão subjetiva do indivíduo em relação aos níveis de exposição e os limites individuais frente às adversidades, de maneira que um evento poderia ser encarado como um perigo para certo indivíduo, enquanto que para outro seria enfrentado como um desafio. Esta diferença corresponderia à capacidade de resiliência do indivíduo. Assim, a contribuição que estudos mais recentes trouxeram ao tema foi de que a resiliência, em vez de um atributo estável, presente ou ausente, apresenta-se na forma de um espectro, com indivíduos mais ou menos resilientes, e sujeitos a uma aprendizagem contínua sobre seus mecanismos (LEMOS, MORAES, PELLANDA, 2016). No entanto, pouca atenção tem sido dada à

identificação dessas características nas unidades de saúde. Há escassez de publicações que investigam a resiliência, por meio de escalas validadas no Brasil, nessa população, principalmente, relacionada à autoestima e à ansiedade e depressão. Esses resultados podem favorecer o fortalecimento de estratégias multiprofissionais, com foco no aumento da resiliência e das habilidades emocionais, para auxiliar o paciente a enfrentar o estresse advindo da doença cardíaca. Em que a pessoa opta por resolver as dificuldades, modificar atitudes, para que possa ser capaz de lidar com pressões habituais, diminuindo ou até eliminando situações geradoras de estresse. Portanto, a equipe de enfermagem e demais profissionais da saúde devem identificar maneiras eficazes de manter e promover o desenvolvimento dessas características positivas na população para melhorar a capacidade de enfrentamento e preparar os pacientes para a imprevisível tarefa de viver com uma doença crônica (CARVALHO et.al., 2016). Algumas pesquisas procuram investigar aspectos relacionados à personalidade do paciente cardiopata, às estratégias de enfrentamento

utilizadas por ele e ao suporte social percebido, visando à melhor compreensão da associação de tais variáveis com o nível de qualidade de vida nessa população. A investigação das condições que permeiam a vida nessa população tem ganhado maior atenção como um importante desfecho de saúde, não somente relacionado a sintomas e condições clínicas, mas em termos do seu nível de bem-estar e satisfação com a vida como um todo (BERTOLETTI et al., 2013). Boa parte dos estudos sobre resiliência contempla crianças e adolescentes frente ao envelhecimento da população mundial, portanto se vê como de suma importância o estudo da resiliência na fase adulta e na velhice, principalmente nos processos longos de doença, uma condição crônica que tem sido cada vez mais recorrente. O comportamento é a forma de se adaptar às intempéries ou mesmo à vida cotidiana, a qual é pautada na interação entre o meio ambiente e o indivíduo, sendo que vivências anteriores registradas no desenvolvimento influenciam posturas e atitudes futuras. A resiliência,

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

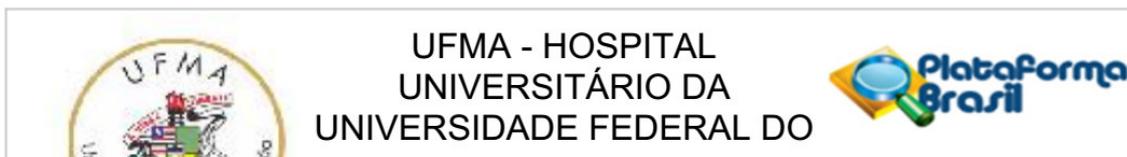
UF: MA

Telefone: (98)2109-1250

Município: SAO LUIS

CEP: 65.020-070

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.396.844

nesse sentido, pode trazer subsídios para o enfrentamento de condições adversas, através dos grupos operativos de saúde, visando ao fortalecimento das estratégias de enfrentamento, autogestão e empoderamento no acompanhamento aos pacientes, que se tornam ferramentas para a promoção de comportamentos e respostas resilientes frente à doença (ROSA; MOTTA, 2016). Uma das grandes dificuldades, no entanto, consiste na operacionalização dos achados científicos da resiliência na prática clínica. Tal fato pode estar

relacionado à incapacidade de o modelo biomédico lidar com todas as interações psicossociais, sociodemográficas, comportamentais, às vezes até mesmo os processos fisiopatológicos, desencadeantes do comportamento doloroso. Nesse sentido, destaca-se o enfoque biopsicossocial, em que as características biológicas, psicológicas e sociais do sujeito tornam-se um aspecto importante na compreensão da dor crônica. Especificamente, no presente artigo pretende-se investigar as inter-relações entre estas variáveis sob a perspectiva da resiliência. O objetivo dessa conceituação seria sua aplicação na prática clínica com pacientes portadores de doenças crônicas, reconhecendo que a resiliência pode mudar ao longo do tempo, o que permitiria monitorá-los com respostas específicas para cada nível. A um construto fortemente relacionado à história de vida do indivíduo (SOUZA et al., 2017). A resiliência deve ser uma característica a ser desenvolvida. Enaltecer as potencialidades é uma das formas mais eficazes de se promover a resiliência. Por mais que as condições e determinantes sociais enverguem para a não construção da resiliência, devemos nos ater ao que é essencial: a motivação pessoal e, sem dúvidas, o apoio social, que agregado à educação, à saúde e ao empoderamento do paciente em seu tratamento são, sem dúvida, grandes pilares de fortalecimento do paciente e conseqüente promoção da resiliência (ROSA; MOTTA, 2016). Há necessidade de novas pesquisas que investiguem se há associação entre a ansiedade e a autoestima, controlando-se variáveis que podem interferir nesse processo. A autoestima parece ser um fator facilitador para a prevenção das doenças cardiovasculares. Desta forma, enfermeiros e outros profissionais de saúde devem planejar uma abordagem focada na pessoa. Uma avaliação de saúde voltada para os aspectos biopsicossociais do paciente cardíaco no ambiente hospitalar poderá contribuir para a identificação precoce de sintomas ansiosos e depressivos, baixa autoestima e resiliência prejudicada, com o intuito de promover estratégias individuais e em grupo para o tratamento dessas condições (CARVALHO et al., 2016). A resiliência apresenta-se como um assunto contemporâneo de saúde ainda em construção. Considera-se relevante todas as formas de contribuições na descoberta das suas especificidades e aplicações deste conceito, que se insere em um novo paradigma de saúde, que privilegia os recursos saudáveis do indivíduo. Independentemente das diferentes formas de análise

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.396.844

da resiliência, percebe-se que a perspectiva teórica e clínica analisa esse conceito como um processo, e não como uma característica mais estável do indivíduo. De outra forma, não é possível prever quem será ou não resiliente, mas, sem dúvida, é possível ter indicativos, a partir da análise dos aspectos intrapsíquicos do indivíduo frente a situações adversas, da sua capacidade de resiliência. Pensa-se que o foco individual e subjetivo da resiliência não descarta a importância da análise do meio familiar e social no seu desenvolvimento, uma vez que constituem aspectos importantes nessa construção individual (CABRAL; LEVANDOWSKI, 2013). Nesse sentido, a presente pesquisa propõe responder a seguinte questão norteadora: Como se dá o processo de resiliência nos indivíduos e familiares com uma doença cardíaca? Dessa forma, respondendo a outros questionamentos: O que significa ser resiliente? Como, em situações de risco iminente, alguns indivíduos conseguem desenvolver-se bem? Por que uns indivíduos e familiares são afetados e outros não? O que é que os protege? Que mecanismos estão envolvidos nestas diferenças desenvolvimentais? Diante da inegável necessidade de encontrar opções que ajudem o melhor controle das doenças crônicas e uma convivência mais harmônica com elas, o conceito de resiliência surge como uma possibilidade, que ainda necessita de novos estudos que explorem a associação com outras variáveis, bem como a avaliação de ações de promoção da saúde. Evidenciar essas variáveis em associação com a resiliência poderá contribuir para a elaboração de um modelo teórico que mostre como a resiliência se expressa na doença crônica, de modo a colaborar no cuidado em saúde, indicando elementos para promover o melhor enfrentamento da situação (BOELL, SILVA, HEGADOREN, 2016).

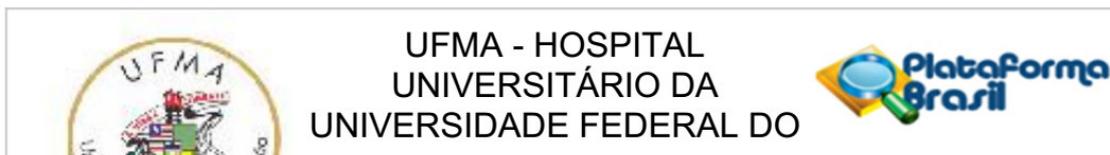
Hipótese:

Os indivíduos e familiares apresentam comportamentos e respostas resilientes frente a doença cardíaca.

Metodologia Proposta:

Será utilizada a integração entre dados quantitativos e qualitativos em pesquisa, ou seja, a utilização de métodos mistos. A pesquisa será realizada nos Ambulatórios e nas Unidades de Internação de dois Serviços de Referência Estadual de Alta Complexidade em Cardiologia do município de São Luís-Maranhão: o Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão (HUUFMA) e o Hospital Dr. Carlos Macieira. A coleta de dados da fase quantitativa será realizada no período de julho de 2019 a fevereiro de 2020 e da fase qualitativa ocorrerá no período de março a julho de 2020 no turno vespertino por meio da técnica de grupos focais. A amostra será de 235

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227	CEP: 65.020-070
Bairro: CENTRO	
UF: MA	Município: SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250	E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.396.844

pacientes na pesquisa quantitativa e 50 pacientes na pesquisa qualitativa.

Metodologia de Análise de Dados:

Na fase quantitativa (entrevista individual) será utilizado um formulário sociodemográfico e clínico (APÊNDICE A) e a Escala de resiliência (APÊNDICE B). As variáveis quantitativas serão descritas sob a forma de médias e desvio-padrão. Na fase qualitativa (grupos focais) será utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin (2011) que se constitui num conjunto de técnicas de análise das comunicações dos “significados” e dos “significantes”, em que serão identificados núcleos de sentido que denota estruturas de relevância, valores de referência e modelos de comportamento presentes ou subjacentes ao discurso. A inferência e interpretação dos dados serão relacionadas às temáticas de vulnerabilidade, adversidade, capacidade, adaptação, enfrentamento, resiliência e doença cardíaca. Para a análise estatística será utilizado o Software Stata versão 14.0 e aplicada a estatística descritiva (frequências absolutas, percentuais, variabilidade). Para verificar a presença de associação entre a variável dependente (resiliência) e as variáveis independentes será utilizada a regressão logística e para analisar a força da associação será utilizado o Odds ratio com intervalo de confiança de 95% aplicando-se o método Stepwise backward e o teste de Hosmer-Lemeshow. Será considerado estatisticamente significativo o valor de $p < 0,05$.

Desfecho Primário:

- Os pacientes e familiares apresentam resiliência frente a doença cardíaca.

Desfecho Secundário:

- A resiliência promove em pacientes e familiares estratégias de enfrentamento diante de uma doença cardíaca.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

• Investigar a resiliência em pacientes com doença cardíaca e seus familiares nos serviços de referência de alta complexidade em cardiologia do município de São Luís-Maranhão.

Objetivo Secundário:

- Verificar a associação entre resiliência e características sociodemográficas, clínicas e eventos adversos;
- Identificar as condições e determinantes sociais na construção da resiliência;
- Descrever os principais comportamentos para o enfrentamento de condições adversas;

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.396.844

•Compreender os fatores de risco e proteção, emocionais e relacionais, estratégias e desafios no fortalecimento da resiliência.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Segundo os pesquisadores, os riscos podem advir do desconforto pelo tempo exigido e constrangimento pelo teor do questionário, mas caso aconteça será realizada a suspensão da aplicação do questionário ou ainda a aplicação em outro momento oportuno.

Em relação aos benefícios, relatam que o estudo pode contribuir para ampliar os conhecimentos a respeito do tema e possibilitar à comunidade científica uma maior visibilidade do processo de resiliência em pacientes cardíacos e seus familiares.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Estudo relevante, com o objetivo de investigar a resiliência em familiares e pacientes com doença cardíaca atendidos em serviços de referência no município de São Luís-MA. Os resultados permitirão maior conhecimento sobre o tema aos profissionais que prestam assistência a estes pacientes e família.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O protocolo apresenta documentos referente aos "Termos de Apresentação Obrigatória": Folha de rosto, Declaração de compromisso em anexar os resultados na plataforma Brasil garantindo o sigilo, Orçamento financeiro detalhado, Cronograma com etapas detalhada, Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), Autorização do Gestor responsável do local para a realização da coleta de dados e Projeto de Pesquisa Original na íntegra em Word. Atende à Norma Operacional no 001/2013 (item 3/ 3.3). No presente protocolo constam ainda as declarações de anuência, declaração de responsabilidade financeira e termo de compromisso com a utilização dos dados resguardando o sigilo e a confidencialidade.

Recomendações:

Após o término da pesquisa o CEP-HUUFMA sugere que os resultados do estudo sejam devolvidos aos participantes da pesquisa ou a instituição que autorizou a coleta de dados de forma anonimizada.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Protocolo não apresenta óbices éticos, sendo considerado aprovado.

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

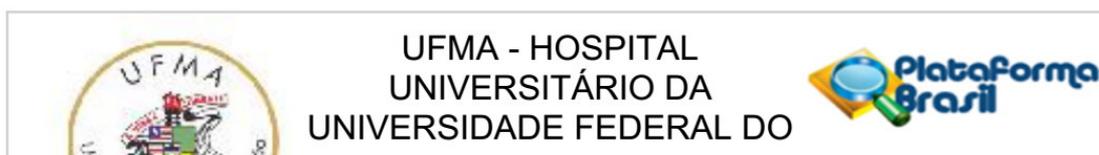
CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.396.844

Considerações Finais a critério do CEP:

O Comitê de Ética em Pesquisa-CEP-HUUFMA, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº.466/2012 e Norma Operacional nº. 001 de 2013 do CNS, manifesta-se pela APROVAÇÃO do projeto de pesquisa proposto.

Eventuais modificações ao protocolo devem ser inseridas à plataforma por meio de emendas de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Relatórios parcial e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente após a coleta de dados e ao término do estudo.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1331994.pdf	02/06/2019 09:57:29		Aceito
Outros	CARTA_resposta_0206.pdf	02/06/2019 09:56:38	Líscia Divana Carvalho Silva	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_SECRETARIA_RESILIENCIA.pdf	02/06/2019 09:49:31	Líscia Divana Carvalho Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA_RES_JUN.docx	02/06/2019 09:25:16	Líscia Divana Carvalho Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_RES_JUN.docx	02/06/2019 09:20:18	Líscia Divana Carvalho Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_RESILIENCIA_JUN_PDF.pdf	02/06/2019 09:12:53	Líscia Divana Carvalho Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_RESILIENCIA_JUN.docx	02/06/2019 09:11:29	Líscia Divana Carvalho Silva	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_HU.pdf	24/04/2019 16:54:20	Líscia Divana Carvalho Silva	Aceito
Outros	AUTORIZACAO_HUUFMA.pdf	24/04/2019 16:52:45	Líscia Divana Carvalho Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACOES.pdf	17/04/2019 19:52:50	Líscia Divana Carvalho Silva	Aceito
Orçamento	ORCAMENTOR.docx	17/04/2019 19:42:49	Líscia Divana Carvalho Silva	Aceito
Outros	DECLARACAO.pdf	17/04/2019	Líscia Divana	Aceito

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227

Bairro: CENTRO

CEP: 65.020-070

UF: MA

Município: SAO LUIS

Telefone: (98)2109-1250

E-mail: cep@huufma.br



Continuação do Parecer: 3.396.844

Outros	DECLARACAO.pdf	19:37:01	Carvalho Silva	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA.pdf	17/04/2019 19:07:57	Líscia Divana Carvalho Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 17 de Junho de 2019

Assinado por:
FABIO FRANÇA SILVA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Barão de Itapary nº 227
Bairro: CENTRO **CEP:** 65.020-070
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)2109-1250 **E-mail:** cep@huufma.br