

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

**WALNICE JUNG**

**RESILIÊNCIA DA FORÇA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM:  
adaptação transcultural de um modelo**

**Porto Alegre**

**2021**

**WALNICE JUNG**

**RESILIÊNCIA DA FORÇA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM:  
adaptação transcultural de um modelo**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) como requisito parcial para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

**Área de Concentração:** Políticas e práticas em saúde e enfermagem.

**Linha de Pesquisa:** Enfermagem e Saúde Coletiva.

**Orientadora:** Profa. Dra. Regina Rigatto Witt.

**Porto Alegre**

**2021**

### CIP - Catalogação na Publicação

Jung, Walnice  
Resiliência da Força de Trabalho em Enfermagem:  
adaptação transcultural de um modelo / Walnice Jung.  
-- 2021.  
166 f.  
Orientadora: Regina Rigatto Witt.

Tese (Doutorado) -- Universidade Federal do Rio  
Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS,  
2021.

1. Resiliência psicológica. 2. Adaptação  
Transcultural. 3. Pesquisa Metodológica em Enfermagem.  
4. Saúde do Trabalhador. 5. Comparação transcultural.  
I. Witt, Regina Rigatto, orient. II. Título.

**WALNICE JUNG**

**RESILIÊNCIA DA FORÇA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM:  
adaptação transcultural de um modelo**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 30 de junho de 2021.

**BANCA EXAMINADORA**



Profa. Dra. Regina Rigatto Witt  
Presidente da Banca – Orientadora  
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Sônia Regina de Souza  
Membro da banca  
UNIRIO



Profa. Dra. Tânia Solange Bosi de Souza Magnago  
Membro da banca  
UFSM



Profa. Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima  
Membro da banca  
PPGENF/UFRGS

## AGRADECIMENTOS

Antecipo agradecimentos aos enfermeiros, tradutores e comitê de especialistas por sua colaboração, interesse e por disponibilizarem tempo para participarem deste estudo, com isso, tornaram possível a existência desta pesquisa.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), especialmente à Escola de Enfermagem, por me acolher como aluna e pela excelência do ensino.

À Professora Regina Rigatto Witt, a quem escrevo com muito apreço essas palavras num misto de profunda gratidão e tristeza por saber que esta etapa findou. Grande é o seu significado, pois foi mais que uma orientadora, uma tutora sempre disponível, conselheira, nossa pianista, guia nesta trajetória com inúmeros gestos de apoio, carinho, incentivo, conselhos, direcionamentos e parceria. Este agradecimento é uma tentativa imperfeita de expressar a sua real importância nesta jornada acadêmica, pois você representou mais que o ensino pode oferecer, sendo um modelo de profissional e admirável ser humano.

À CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) pelo apoio científico e financeiro, por meio da concessão de bolsa estudantil, fundamental no custeio desta pesquisa.

Aos bolsistas Natália Silva Pires e Miguel Lucas Paixão pela ajuda, pronta dedicação, competência e parceria no andamento e conclusão deste trabalho.

Às Professoras Lynette Cusack e Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, à bibliotecária Rejane Raffo Klaes pela parceria, sugestões e valiosas contribuições neste estudo.

Aos Professores e funcionários técnicos-administrativos da Escola de Enfermagem da UFRGS pela contribuição na efetivação deste curso e na minha formação acadêmica.

À banca de qualificação e examinadora na figura das professoras: Dra. Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Dra. Sônia Regina de Souza, Dra. Maria Alice Dias da Silva Lima e Dra. Juliana Petri Tavares, por analisarem este trabalho e por todas as sugestões de aprimoramento desta pesquisa, contribuindo significativamente com aprendizados que nortearão minha profissão enquanto pesquisadora e professora.

Agradeço aos meus amados pais, esposo, irmãos, amigos, colegas de doutorado, membros do grupo de pesquisa GEASDEM (UFRGS). À Daniele DelacanalLazzari pela valiosa parceria nas publicações.

Aos meus queridos alunos, razão da busca por este doutoramento.

A todos que contribuíram para esta realização o meu reconhecimento.

## RESUMO

JUNG, W. **Resiliência da força de trabalho em enfermagem**: adaptação transcultural de um modelo. 2021. 166 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) — Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

**Introdução:** O crescente interesse pelo estudo da resiliência dos trabalhadores na área da saúde tem como reflexo a necessidade do investimento em prevenção de problemas e promoção da saúde no ambiente organizacional. Neste contexto, o reconhecimento dos fatores individuais e ambientais que interferem neste processo, através da aplicação de modelos têm se constituído em importante estratégia, sendo que tais iniciativas precisam ainda ser desenvolvidas no Brasil. **Objetivo:** Realizar a adaptação transcultural do modelo *Health Services Workplace Environmental Resilience Model* (HSWERM) da língua inglesa para a língua portuguesa do Brasil. **Métodos:** Trata-se de um estudo metodológico, de abordagem qualitativa e medidas quantitativas, que foi realizado no período de agosto de 2020 a março de 2021, em um hospital de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. A adaptação transcultural compreendeu as seguintes etapas: tradução inicial; síntese das traduções, retrotraduções, estudo piloto, comitê de especialistas; pré-teste da versão consensuada pelos especialistas a uma amostra aleatória de 46 enfermeiros e envio à autora principal do modelo original para avaliação. **Resultados:** As discordâncias entre traduções relacionaram-se à lexicografia, supressões, acréscimos de palavras e ao formato do modelo em colunas. O HSWERM-Brasil se mostrou compreensível e de fácil aplicação. Nenhum fator foi acrescentado ou suprimido. Foram realizadas várias adequações para a realidade brasileira. O título do modelo traduzido conservou o nome em inglês e a sigla original acrescida de Brasil. A avaliação do comitê de especialistas demonstrou que as versões mantiveram a equivalência semântica e idiomática do conteúdo. Para análise de evidências de validade de conteúdo e as baseadas na estrutura interna, foi aplicado o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), com valor de 1,00. A média do IVC para todos os domínios do modelo, que representa a validade de conteúdo global do HSWERM-Brasil foi 1,00, ou seja, todos os especialistas concordaram que os domínios têm conteúdo válido. Valores adequados das equivalências comprovaram a confiabilidade do modelo adaptado. Modificações importantes foram realizadas para garantir a validade do HSWERM-Brasil. No tocante ao IVC, o HSWERM-Brasil modelo teórico apresentou índices de equivalência satisfatórios entre enfermeiros da Atenção Primária em Saúde, outra configuração de assistência à saúde e não só em unidades hospitalares. **Conclusões:** Os resultados indicaram uma equivalência semântica satisfatória

entre o modelo traduzido e o original em todos seus domínios. O HSWERM-Brasil inova ao possibilitar seu uso em outros níveis de atenção à saúde. A versão brasileira foi considerada de fácil entendimento e apropriada para auxiliar gestores no mapeamento e implementação de ações que promovam a resiliência dos trabalhadores na área da saúde em geral e não apenas no contexto hospitalar. Como limitação do estudo tem-se o quantitativo resumido de especialistas. Novos estudos devem realizar a validação do modelo em outros contextos extra-hospitalares no país.

**Descritores:** Resiliência; Enfermagem; Adaptação; Tradução; Comparação Transcultural; Pesquisa Metodológica em Enfermagem.

## ABSTRACT

JUNG, W. **Resilience of the nursing workforce**: cross-cultural adaptation of a model. 2021. 166 pp. Dissertation (Doctorate in Nursing) — School of Nursing, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

**Introduction:** The growing interest in studying the resilience of health workers reflects the need to invest in problem prevention and health promotion in the organizational environment. In this context, the use of models to identify individual and environmental factors interfering in this process has become an important strategy, considering that such initiatives still need to be developed in Brazil. **Aim:** To carry out the cross-cultural adaptation of the Health Services Workplace Environmental Resilience Model (HSWERM) from English to Brazilian Portuguese. **Methods:** This is a methodological study, with a qualitative approach and quantitative measurements, which was carried out from August to March 2021, in a hospital in Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brazil. The cross-cultural adaptation comprised the following steps: initial translation; synthesis of translations, back translations, pilot study + expert committee; pre-test of the version agreed by the experts in a random sample of 46 nurses and sending the adapted version to the main author of the original model for assessment. **Results:** Disparities between translations were about lexical choice, deletions, additions of words and the format of the model in columns. The HSWERM-Brasil was shown to be understandable and easy to apply. No factors were added or deleted. Several adjustments were made to the Brazilian reality. The model title was translated without adaptations and the original acronym was kept, but with “Brasil” added to it. The assessment of the expert committee showed that the versions maintained the semantic and idiomatic equivalence of the content. For the analysis of content validity evidence and validity evidence based on the internal structure, the Content Validity Index (CVI) was applied, with a CVI value of 1.00. The average CVI for all domains in the model, which represents the global content validity of the HSWERM-Brasil, was 1.00, that is, all experts agreed that the domains have valid content. Adequate equivalence values proved the reliability of the adapted model. Important modifications were made to ensure the validity of the HSWERM-Brasil. Regarding the CVI, the HSWERM-Brasil theoretical model presented satisfactory equivalence values among nurses in Primary Health Care, another configuration of health care and not only in hospital units. **Conclusions:** The results indicated a satisfactory semantic equivalence between the translated model and the original in all its domains. The HSWERM-Brasil innovates by enabling its use at other levels of health care. The Brazilian version was considered easy to



understand and appropriate to assist managers in mapping and implementing actions that promote the resilience of workers in the health area in general and not just in the hospital context. One limitation of this study was the small number of experts. New studies should carry out the validation of the model in other out-of-hospital contexts in the country.

**Keywords:** Resilience; Nursing; Adaptation; Translation; Cross-cultural Comparison; Methodological Research in Nursing.

## RESUMEN

JUNG, W. **Resiliencia de la fuerza de trabajo en enfermería**: adaptación transcultural de un modelo. 2021. 166 h. Tesis (Doctorado en Enfermería) — Escuela de Enfermería, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2021.

**Introducción:** El creciente interés por el estudio de la resiliencia de los trabajadores en el área de la salud tiene como reflejo la necesidad de la inversión en prevención de problemas y promoción de la salud en el ambiente organizacional. En ese contexto, el reconocimiento de los factores individuales y ambientales que interfieren en este proceso, a través de la aplicación de modelos se ha constituido como importante estrategia, aun que esas iniciativas todavía necesiten ser desarrolladas en Brasil. **Objetivo:** Realizar la adaptación transcultural del modelo Health Services Workplace Environmental Resilience Model (HSWERM) de la lengua inglesa para el portugués de Brasil. **Métodos:** Se trata de un estudio metodológico, de enfoque cualitativo y medidas cuantitativas, que fue realizado en el periodo de agosto a marzo del 2021, en un hospital de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. La adaptación transcultural contó con las siguientes etapas: traducción inicial; síntesis de las traducciones, retrotraducciones, estudio piloto + comité de expertos; pretest de versión consensuada por los expertos a una muestra aleatoria de 46 enfermeros y envío a la autora principal del modelo original para evaluación. **Resultados:** las discordancias entre traducciones se relacionan a la lexicografía, supresiones, acrecimientos de palabras y al formato del modelo en columnas. El HSWERM-Brasil se mostró comprensible y de fácil aplicación. Ningún factor fue acrecido o suprimido. Fueron realizadas varias adecuaciones a la realidad brasileña. El título del modelo traducido conservó el nombre en inglés y la sigla original acrecida de “Brasil”. La evaluación del comité de expertos demostró que las versiones mantuvieron la equivalencia semántica y idiomática del contenido. Para análisis de evidencias de validez de contenido y evidencias de validez basada en la estructura interna, fue aplicado el Índice De Validez de Contenido (IVC), con un IVC de valor 1,00. El promedio del IVC para todos los dominios del modelo, que representa la validez del contenido global del HSWERM-Brasil fue de 1,00, o sea, todos los expertos coincidieron de que los dominios tienen contenido valido. Valores adecuados de las equivalencias comprobaron la confiabilidad del modelo adaptado. Modificaciones importantes fueron realizadas para garantizar la validez del HSWERM-Brasil. En lo que se refiere al IVC el HSWERM-Brasil modelo teórico presentó índices de equivalencia satisfactorios entre enfermeros de la Atención Primaria de Salud, otra configuración de asistencia a la salud y no solamente en unidades hospitalarias. **Conclusiones:** los resultados indicaron una equivalencia

semántica satisfactoria entre el modelo traducido y el original en todos sus dominios. El HSWERM-Brasil innova al posibilitar su uso en otros niveles de atención a la salud. La versión brasileña fue considerada de fácil entendimiento y apropiada para auxiliar gestores en el mapeamiento e implementación de acciones que promuevan la resiliencia de los trabajadores del área de la salud en general y no solamente en el contexto hospitalario. Como limitación de estudio tenemos el cuantitativo resumido de expertos. Nuevos estudios deben realizar la validación del modelo en otros contextos extrahospitalarios en el país.

**Descriptor:** Resiliencia; Enfermería; Adaptación; Traducción; Comparación Transcultural; Encuesta Metodológica en Enfermería.

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1 –</b> <i>Membros do International Consortium for Occupational Resilience (ICOR) em reunião ordinária realizada em maio de 2019, na cidade de Brisbane, Austrália.....</i>	<b>21</b>
<b>Figura 2 –</b> <i>O modelo ICWR de resiliência psicológica individual .....</i>	<b>32</b>
<b>Figura 3 –</b> <i>Síntese do modelo de resiliência Health Services Workplace Environmental Resilience Model (HSWERM) .....</i>	<b>34</b>
<b>Figura 4 –</b> <i>Conceitos e domínios do Health Services Workplace Environmental Resilience Model (HSWERM) .....</i>	<b>35</b>
<b>Figura 5 –</b> <i>Etapas da adaptação transcultural do modelo Health Services Workplace Environmental Resilience Model (HSWERM) para a língua portuguesa do Brasil .....</i>	<b>41</b>
<b>Figura 6 –</b> <i>Esquema de busca pelos especialistas na Plataforma Lattes, Porto Alegre/RS (2021) .....</i>	<b>49</b>
<b>Figura 7 –</b> <i>Cálculo do Coeficiente de validação de Conteúdo, segundo Hernandez-Nieto (2002) .....</i>	<b>51</b>

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1 – Distribuição das adaptações nos critérios para a seleção de especialistas segundo o modelo de validação de conteúdo de Fehring ..... 49**

**Quadro 2 – Tradução Síntese (T12) do modelo de resiliência *Health Services Workplace Environmental Resilience Model* (HSWERM)-Brasil. Porto Alegre/RS (2021) .....Erro! Indicador não definido.**

**Quadro 3 – Sugestões de alterações propostas pela autora nativa, segundo a avaliação das *backtranslations* ..... Erro! Indicador não definido.**

**Quadro 4 – Avaliação da concordância e não concordância com a versão traduzida para o português do Brasil do modelo *Health Services Workplace Environmental Resilience Model* (HSWERM) pelo Comitê de Especialistas (n=5) – 2ª rodada Delphi, Porto Alegre/RS (2021) ..... Erro! Indicador não definido.**

**Quadro 5 – Versão brasileira do modelo *Health Services Workplace Environmental Resilience Model* (HSWERM-Brasil), Porto Alegre/RS (2021) Erro! Indicador não definido.**

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1 – Descrição, número e organização das etapas adaptação transcultural segundo autores ..... 38**

**Tabela 2 – Níveis de concordância dos domínios da primeira versão brasileira do modelo de resiliência *Health Services Workplace Environmental Resilience Model-Brasil*. Porto Alegre/RS (2021) ..... Erro! Indicador não definido.**

**Tabela 3 – Distribuição das avaliações dos especialistas (n=7) da rodada Delphi 1 de acordo com as equivalências da primeira versão do modelo de resiliência *Health Services Workplace Environmental Resilience Model-Brasil*. Porto Alegre-Rio Grande do Sul (2021) ..... Erro! Indicador não definido.**

**Tabela 4 – Caracterização dos enfermeiros do pré-teste do modelo de resiliência *Health Services Workplace Environmental Resilience Model-Brasil*. Porto Alegre-Rio Grande do Sul (2021) ..... Erro! Indicador não definido.**

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANA	<i>American Nurses Association (ANA)</i>
ATC	Adaptação Transcultural
BLS	<i>Bureau of Labor Statistics</i>
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
GEASDEM	Grupo de Estudos de Atenção à Saúde em Desastres e Eventos de Massa
HCPA	Hospital das Clínicas de Porto Alegre
HSWERM	<i>Health Services Workplace Environmental Resilience Model</i>
ICOR	Consórcio Internacional de Resiliência Ocupacional
ICWR	<i>Model of Individual Workforce Resilience</i>
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
MEC	Ministério da Educação e Cultura
NANDA-I	<i>North American Nursing Diagnosis Association–International</i>
OHS	<i>Occupational Health and Safety</i>
PDF	<i>Portable Document Format</i>
SAE	Sistematização da Assistência em Enfermagem
SUS	Sistema Único de Saúde
Scopus	<i>Elsevier's abstract and citation database</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
T1	Tradução 1
T2	Tradução 2
T3	Tradutor 3
T4	Tradutor 4
BT 1	<i>Back translation 1</i>
BT 2	<i>Back translation 2</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVO .....</b>	<b>24</b>
<b>3</b>	<b>CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA DO ESTUDO .....</b>	<b>25</b>
3.1	A ORIGEM E O DESENVOLVIMENTO DO CONCEITO DE RESILIÊNCIA .....	25
3.2	RESILIÊNCIA NO TRABALHO EM SAÚDE .....	28
3.2.1	<b>Model of Individual Workforce Resilience (ICWR).....</b>	<b>31</b>
3.2.2	<b>Health Services Workplace Environmental Resilience Model (HSWERM).....</b>	<b>33</b>
<b>4</b>	<b>REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO DO ESTUDO .....</b>	<b>37</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO .....	37
4.2	ETAPAS DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO MODELO HSWERM .....	41
4.2.1	<b>Etapa 1: Tradução inicial (T1 e T2).....</b>	<b>45</b>
4.2.2	<b>Etapa 2: Síntese das traduções (T12).....</b>	<b>46</b>
4.2.3	<b>Etapa 3: <i>Back Translation</i> (BT1 e BT2).....</b>	<b>46</b>
4.2.4	<b>Etapa 4: Comitê de especialistas (Delphi 1) .....</b>	<b>47</b>
4.2.5	<b>Etapa 5: Pré-teste do modelo transculturalmente adaptado .....</b>	<b>54</b>
4.2.5.1	Cenário .....	55
4.2.5.2	Participantes .....	56
4.2.6	<b>Etapa 6: Comitê de especialistas (Delphi 2) .....</b>	<b>56</b>
4.3	COLETA DE DADOS .....	57
4.4	ANÁLISE.....	59
4.5	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	60
<b>5</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>62</b>
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>65</b>
	<b>APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TRADUTORES - ETAPAS 1 E 2 .....</b>	<b>79</b>
	<b>APÊNDICE B – TRADUÇÕES T1 E T2 DO HSWERM COM RELATÓRIO DAS DIVERGÊNCIAS.....</b>	<b>81</b>
	<b>APÊNDICE C – TRADUÇÃO SÍNTESE (T-12) DO MODELO HSWERM- BRASIL.....</b>	<b>88</b>
	<b>APÊNDICE D – <i>BACK TRANSLATIONS</i> (RETROTRADUÇÕES)1 E 2 DO MODELO HSWERM-BRASIL (1ª VERSÃO).....</b>	<b>90</b>



<b>APÊNDICE E – FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DAS EQUIVALÊNCIAS DE ITENS, SEMÂNTICA, IDIOMÁTICA, CULTURAL E CONCEITUAL DE ITENS PELOS ESPECIALISTAS – DELPHI 1.....</b>	<b>96</b>
<b>APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ESPECIALISTAS - ETAPAS 4 E 6. ....</b>	<b>100</b>
<b>APÊNDICE G – AVALIAÇÃO DAS EQUIVALÊNCIAS PELOS ESPECIALISTAS (DELPHI 1) .....</b>	<b>102</b>
<b>APÊNDICE H – FORMULÁRIO PARA APLICAÇÃO DO PRÉ-TESTE (ENFERMEIROS) .....</b>	<b>116</b>
<b>APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) ENFERMEIROS - PRÉ-TESTE (ETAPA 5).....</b>	<b>125</b>
<b>ANEXO A – ORIGINAL DO MODELO DE RESILIÊNCIA HSWERM.....</b>	<b>127</b>
<b>ANEXO B – <i>CHECKLIST</i> PARA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO MODELO HSWERM.....</b>	<b>130</b>
<b>ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFRGS .....</b>	<b>132</b>
<b>ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HCPA .....</b>	<b>136</b>
<b>ANEXO E – DEVOLUTIVA DA AVALIAÇÃO DA AUTORA PRINCIPAL SOBRE A RETROTRADUÇÃO.....</b>	<b>140</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O crescente interesse pelo estudo da resiliência dos trabalhadores na área da saúde tem como reflexo a necessidade do investimento em prevenção de problemas e promoção da saúde no ambiente organizacional (FARSEN; COSTA; SILVA, 2018, CRUZ *et al.*, 2018; SILVA *et al.*, 2020; DELGADO *et al.*, 2020). Neste contexto, o reconhecimento dos fatores individuais e ambientais que interferem neste processo, através da aplicação de modelos têm se constitui em importante estratégia, sendo que tais iniciativas precisam ainda ser desenvolvidas no Brasil (SILVA *et al.*, 2020).

A compreensão dos fatores ambientais no local de trabalho, os quais são essenciais para promover a resiliência psicológica dos enfermeiros também é importante para o sistema de saúde devido ao potencial em aumentar a retenção de pessoal e a segurança do paciente (LOWE, 2013; SCHOLZE *et al.*, 2017).

Muitos dos desafios organizacionais contemporâneos nos locais de trabalho de enfermagem aumentam a vulnerabilidade pessoal e incluem cargas de trabalho pesadas, escassez de pessoal, uma força de trabalho envelhecida, intimidação, mudanças e reestruturações organizacionais frequentes. Parte destas adversidades são o estresse prolongado e o *burnout*, os quais podem comprometer o desempenho efetivo do trabalho, promover a rotatividade de pessoal e contribuir para problemas físicos e psicológicos (WEST *et al.*, 2017, FONTINHAS; CARDOSO, 2018). Esses fatores estão relacionados a características ambientais do local de trabalho (por exemplo, demandas de trabalho, carga de trabalho excessiva, ambiguidade de papéis) (BADU *et al.*, 2020).

A opção pelo estudo nesta área, em particular, ocorreu porque a Enfermagem representa mais da metade de todos os profissionais registrados na força de trabalho em saúde. Considera-se relevante o estudo de fatores de resiliência e as possibilidades provenientes destes para a manutenção da força de trabalho, tendo em vista que internacionalmente, o setor de saúde está enfrentando uma escassez significativa de profissionais de enfermagem para o futuro (AIHW, 2014; MACHADO *et al.*, 2015; VIEIRA *et al.*, 2017; WEST *et al.*, 2017).

Outro estudo identificou quais condições contribuem para a escassez de enfermeiros em determinadas regiões na América Latina, como: ambientes laborais desfavoráveis para a prática profissional, devido à precariedade do processo de trabalho; terceirização; sobrecarga; diminuição da renda; baixo crescimento da empregabilidade; falta de segurança no ambiente de trabalho; aumento da violência contra enfermeiros, gerando altos níveis de estresse e insegurança para o exercício da profissão (BARRETO; KREMPEL; HUMEREZ, 2011).

No Brasil, o Conselho Federal de Enfermagem (COFEn) publicou levantamento do perfil da equipe de enfermagem, analisando a situação atual da enfermagem no país, considerando as características socioeconômicas, de formação e desenvolvimento profissional, de inserção no mercado de trabalho e de sua participação sociopolítica, bem como a dinâmica atual do mercado de trabalho. Os resultados indicam que há escassez de enfermeiros em determinadas regiões e localidades, provocando um desequilíbrio entre oferta e demanda de profissionais no país (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012).

Apesar da proliferação de escolas privadas no ensino técnico e superior de Enfermagem no país, é falsa a ideia de que há abundância de enfermeiros no mercado de trabalho (SILVA; MACHADO, 2020).

Estudos destacam a deterioração das condições ao trabalho dos profissionais de enfermagem no Brasil, problemas estruturais nas unidades de saúde e o baixo crescimento da empregabilidade, em especial no setor de saúde pública o qual absorve 58,9% de toda a força de trabalho da enfermagem. A situação de precarização do trabalho contribui para a rotatividade dos profissionais, como também afetam a segurança, a renda e o ambiente de trabalho (MACHADO; VIEIRA; OLIVEIRA, 2012; MACHADO *et al.*, 2015; SILVA; MACHADO, 2020).

Para o enfrentamento desta problemática, é necessária a habilidade e competência de lidar de forma flexível com a pressão, superar obstáculos para atender situações de alto risco e resolver problemas no ambiente organizacional (INOUE *et al.*, 2018). Neste contexto, propõe-se construir a resiliência destes profissionais para ambientes de prática complexos e estressantes (WEST *et al.*, 2017) a fim de manter enfermeiros qualificados no local de trabalho e garantir o atendimento seguro ao paciente (SCHOLZE *et al.*, 2017).

Na sua origem, o termo resiliência foi associado ao fenômeno das pessoas que permanecem saudáveis mesmo expostas a severas adversidades (BRANDÃO; MAHFOUD; GIANORDOLI *et al.*, 2011; HARTWIG *et al.*, 2020). Apesar do debate contínuo sobre os principais componentes da resiliência, há uma crescente concordância em relação à importância do meio ambiente e dos fatores sistêmicos nas visões contemporâneas de resiliência (PANGALLO *et al.*, 2015). Lowe (2013, p. 54) teorizou que “a resiliência inclui dois elementos principais – fatores pessoais e fatores dos sistemas ambientais, e que é a interação entre os dois que promove a resiliência” (LOWE, 2013).

Por isto, para fins desta tese, a resiliência é definida como a capacidade de o indivíduo, família ou grupo enfrentar as adversidades, ser transformado por elas, mas conseguir superá-las. Ela também pode ser entendida como resultado da união de quatro componentes: fatores

individuais, contexto ambiental, acontecimentos ao longo da vida e fatores de proteção, que formam um banco de recursos capazes de proteger o indivíduo contra danos e promover o bem-estar geral (WINDLE, 2010; CUSACK *et al.*, 2016).

Alguns governos e instituições instituíram comissões para tratar a resiliência através de orientações. Exemplo disso é a plataforma da Sociedade Brasileira de Resiliência (SOBRARE) que oferece suporte a gestores, disponibiliza material com conteúdo educacional sobre a resiliência individual e nas organizações, além de promover cursos para a formação de profissionais (enfermagem, coaching, consultores nas organizações, coaching e das práticas de terapias alternativas) que atuam no desenvolvimento e na promoção da Resiliência.

A fim de alcançar uma força de trabalho resiliente, as intervenções para construir e manter a resiliência no âmbito do trabalho devem SE basear tanto na teoria quanto em fortes evidências empíricas (DEMO; OLIVEIRA; COSTA, 2017; WEST *et al.*, 2017). Para tal é importante a existência de modelos para a avaliação desse construto (CUSACK *et al.*, 2016; WEST *et al.*, 2017). Até o momento, existem poucos modelos para orientar a pesquisa e a prática organizacional nessa área (SUTCLIFFE; VOGUS, 2003; LOWE, 2013; PANGALLO *et al.*, 2015), sendo que há uma lacuna na disponibilidade de modelos de resiliência adaptados culturalmente para a Enfermagem Latino-Americana, fato que agrega valor a este estudo.

A literatura sinaliza que os enfermeiros, assim como outros profissionais de saúde, são encorajados pelas organizações laborais a desenvolverem estratégias na construção da resiliência individual, mas em grande parte com atenção limitada ao papel dos fatores ambientais no local de trabalho (LOWE, 2013).

No Brasil, a produção científica trata a resiliência na perspectiva do indivíduo no contexto organizacional e os estudos, em sua maioria, são voltados para populações gerais (KNORST, 2012). Contudo, os pesquisadores têm ampliado as possibilidades de saberes referindo-se à resiliência coletiva e organizacional (DEMO; OLIVEIRA; COSTA, 2017).

Com isto, já existe o reconhecimento de que as características do ambiente laboral é condição essencial para a melhoria das condições de trabalho e redução do adoecimento profissional (SCHULTZ *et al.*, 2020) e indicam valores da cultura organizacional que influenciam a capacidade de resiliência dos trabalhadores de enfermagem (ROCHA *et al.*, 2017). O conhecimento dos fatores relacionados à resiliência no ambiente de trabalho poderá fornecer subsídios aos trabalhadores para o entendimento dos determinantes e os fatores que podem fortalecer suas próprias resiliências (CRUZ *et al.*, 2018).

Estudos apontam que os enfermeiros, assim como outros profissionais de saúde, são tipicamente encorajados a se engajar em estratégias pessoais para fortalecer a adaptação com

atenção limitada ao papel dos fatores ambientais no local de trabalho (LOWE, 2013). O foco na construção da resiliência da força de trabalho de enfermagem que combina estratégias para ajudar os enfermeiros a construir sua própria resiliência (como oficinas de *mindfulness*) enquanto implementam mudanças nas culturas de enfermagem que a diminuem (como abordar o *bullying*) pode ser uma combinação poderosa.

Porém, sem um foco nos fatores do local de trabalho que promovam a resiliência, os indivíduos talvez sejam injustamente culpados por sua vulnerabilidade ao estresse e ao esgotamento no ambiente de trabalho. Por isto, o presente estudo amplia o foco de investigação da resiliência do enfermeiro para além da dimensão subjetiva deste profissional ao abordar os fatores construtores desta em seu ambiente laboral.

Quando se analisa a aplicação de modelos de resiliência em campo, procura-se oferecer um modelo que comporte uma sistematização teórica sobre as dimensões ou domínios envolvidos nas práticas de saúde, discriminando esquemas de interpretação.

Modelos são estruturados a partir da teoria e muitas vezes confundidos com elas (ROCHA; DUARTE; PAULA, 2017). Eles compõem as teorias e, no entanto, são mais restritos que estas (BATISTA; SALVI; LUCAS, 2011).

Os modelos são representações lógicas dos conhecimentos, fenômenos e sistemas ou produtos. Propõe-se o seu uso ou a aplicação com o intuito de fornecer um conceito, visualizar um sistema e simular seu funcionamento e treinar equipes na execução de projetos. Os modelos qualitativos são subjetivos, pois são elaborados a partir da experiência, observações, percepções e interpretações de um pesquisador ou por um consenso de pesquisadores, acerca de dados coletados na literatura. Representam os objetos ou indivíduos e as relações associadas para uma descrição ou explicação de uma realidade complexa (FOUREZ, 1998).

Já os instrumentos também são fundamentados em teoria, mas reúnem e organizam itens, possuem propriedade de mensurar; pois representam a técnica de medida de um determinado processo em saúde e devem apresentar determinadas características que justifiquem a confiabilidade dos dados que produzem (PASQUALI, 2001; POLIT, YANG; 2016).

No Brasil, há a utilização de instrumentos de medida da resiliência, alguns deles com medidas válidas e confiáveis de resiliência, como a Escala de Resiliência Connor Davidson (CD-RISC). A fim de se obter uma avaliação mais específica e contextualizada sobre a resiliência no ambiente laboral, recentemente foi realizada a adaptação transcultural (ATC)

para a língua portuguesa do Brasil da *Resilience at Work Scale (rawscale)* com profissionais de saúde (GRECO, 2018).

Quando se percebe a necessidade de uso de um modelo teórico ou de um instrumento de coleta de dados para determinada ação em saúde, com propriedades que nenhum instrumento disponível é capaz de explorar, esse pode ser obtido de duas formas: pelo desenvolvimento de um novo, ou por meio da tradução e adaptação cultural de um previamente validado em outro idioma (LAGE; LEVY; CICONELLI, 2006).

O contexto de trabalho contemporâneo demanda um profissional flexível, polivalente, afeito a mudanças, capaz de se adaptar constantemente a novas exigências, portanto, um trabalhador resiliente. No entanto, o desenvolvimento de modelos que tratam os fatores associados à resiliência da força de trabalho em enfermagem no Brasil é um debate em construção e ainda não há nenhum modelo teórico criado ou adaptado sobre esta temática.

Com isto, a aplicabilidade de um modelo traduzido e adaptado para o português do Brasil contribuirá para a compreensão do processo de resiliência em contextos organizacionais e na identificação dos fatores que provocam o adoecimento no trabalho da equipe da enfermagem exposta a condições adversas.

Esta pesquisa está vinculada ao Consórcio Internacional de Resiliência Ocupacional (ICOR), que é coordenado pela *Central Queensland University* da Austrália. Em um estudo publicado anteriormente e intitulado *Model of Individual Workforce Resilience (ICWR)*, pesquisadores deste consórcio elaboraram um modelo preliminar de resiliência individual da força de trabalho. O ICWR identificou os principais construtos da resiliência psicológica como autoeficácia, enfrentamento e *mindfulness*. Este modelo está principalmente preocupado com os fatores intrapessoais que convergem para explicar o ajustamento psicológico individual (REES *et al.*, 2015).

**Figura 1 – Membros do *International Consortium for Occupational Resilience (ICOR)* em reunião ordinária realizada em maio de 2019, na cidade de Brisbane, Austrália**



Fonte: acervo da autora.

No entanto, ao considerar como operacionalizar a resiliência, um referencial teórico adequado deveria adotar uma abordagem que possibilitasse “compreender e avaliar a forma como os indivíduos interagem com seu ambiente” (PANGALLO *et al.*, 2015, p. 2). A fim de suprir a lacuna de modelo teórico que unifique os fatores individuais e ambientais promotores da resiliência, foi desenvolvido pelas pesquisadoras do ICOR, um modelo teórico de resiliência no local de trabalho que explica os fatores ambientais laborais que promovem a resiliência dos enfermeiros.

A literatura sugere uma série de conceitos associados aos fatores do ambiente de trabalho promotores da resiliência e evocou um grande volume de informações. Justifica-se o uso de um modelo de resiliência como estrutura teórica para agrupar efetivamente as evidências obtidas por uma revisão literária e responder à questão do conhecimento sobre esta temática (REES *et al.*, 2015).

O *Health Services Workplace Environmental Resilience Model (HSWERM)* foi desenvolvido por Rees *et al.* (2015), utilizando uma síntese com base em estudos internacionais e revisões de literatura sobre a força de trabalho de enfermagem. É considerado pioneiro na unificação dos fatores psicológicos e ambientais (profissionais e da prática) individuais do local de trabalho em equipes de enfermagem e apresenta uma estrutura baseada no modelo teórico ICWR.

O desenvolvimento e o uso de um modelo teórico unificado permitirão que os gestores das organizações de saúde identifiquem e ajustem os processos dentro de seus locais de trabalho, os quais prejudicam ou interferem na resiliência em sua força de trabalho.

Tal modelo geraria informação relevante para contribuir para o desenvolvimento de intervenções concebidas para reduzir o estresse ocupacional entre profissionais de saúde, tendo como alvo fatores individuais e ambientais, baseados em teoria e evidências empíricas que integrem fatores individuais e ambientais (RUOTSALAINEN *et al.*, 2015).

A primeira opção demanda consumo maior de tempo e recursos, pois a criação de novo modelo exige a adequação de novos conceitos, seleção de itens e teste de sua validade. Além disso, deve-se avaliar a necessidade real de se criar uma ferramenta, quando já existe outra preparada anteriormente com o mesmo intuito e de boa qualidade. Já em relação à segunda opção, não basta que o instrumento seja simplesmente traduzido, é necessário que se faça avaliação rigorosa de sua tradução e adaptação cultural, bem como avaliação de suas propriedades de medida após esse processo (LAGE; LEVY; CICONELLI, 2006).

Para isso, torna-se fundamental que esses modelos originais passem por processos de adaptações formais antes de serem utilizados no Brasil (REICHENHEIM; PAIXÃO; MORAES, 2008), pois o pouco rigor no uso de modelos desenvolvidos em outros locais torna-se um problema, como destacado por Reichenheim e Moraes (2007), visto que pode impedir a comparação de resultados entre estudos do mesmo tema.

O HSWERM é um modelo teórico que reúne conceitos e fatores ambientais relacionados à resiliência organizacional. Foi elaborado recentemente na língua inglesa, sem versões adaptadas em outros países, de domínio público, no entanto pouco divulgado na literatura e sem registro quanto à aplicação do seu conhecimento em algum contexto (translação do conhecimento).

A tradução e a ATC deste modelo para outros idiomas auxiliarão tanto na compreensão da magnitude deste instrumento, como na análise comparativa de sua aplicação, convergindo assim para uma ATC mais acurada e válida (BERNARDO *et al.*, 2013).

O modelo HSWERM não tem a pretensão de ser uma verdade universalmente aplicável, uma vez que ainda não foi adaptado para nenhum outro idioma ou contexto, além do original (CUZACK *et al.*, 2016). Por isso, na modelização é fundamental incorporar novas informações e pontos de vista a respeito de convicções, experiências e conhecimentos, consultando especialistas na área de gestão de enfermagem.

O interesse dos pesquisadores à pesquisa original, neste momento, é aplicar este instrumento em outros contextos e comparar o processo de resiliência em diferentes realidades culturais. Os autores do modelo sugerem que o passo futuro é empreender novas pesquisas para validar, refinar e testar este, no contexto da enfermagem. Desse modo, esta



tese de doutorado dará continuidade ao estudo original, realizando a tradução e validação do modelo teórico HSWERM para o idioma português (Brasil).

## **2 OBJETIVO**

Realizar a adaptação transcultural do modelo *Health Services Workplace Environmental Resilience Model* (HSWERM) da língua inglesa para a língua portuguesa do Brasil.

### 3 CONTEXTUALIZAÇÃO DA TEMÁTICA DO ESTUDO

Neste capítulo serão apresentados os principais conceitos utilizados nesta tese, relacionados aos estudos a respeito da resiliência e os constructos que embasam os modelos constitutivos daquele que é objeto de tradução.

#### 3.1 A ORIGEM E O DESENVOLVIMENTO DO CONCEITO DE RESILIÊNCIA

O conceito de resiliência tem origem na Física e Engenharia, nos estudos das propriedades mecânicas dos materiais, sendo conceituada por estas áreas como a capacidade de certos materiais absorverem energia elástica sob tração e devolvê-la após o fim desta (OHRING, 1995). Este conceito, com o tempo, foi sendo apropriado por outros campos do saber para se referir a fenômenos diversos que mantinham alguma semelhança com o comportamento destes materiais, incluindo as noções próprias de cada campo (SORDI; MANFRO; HAUCK, 2011; RODRIGUES; CORRÊA, 2016.).

As pesquisas iniciais tendiam a ver a resiliência como sendo determinada por traços fixos de personalidade (por exemplo, robustez) que determinariam como um indivíduo respondia diante da adversidade. Desde o início dos anos 2000, a resiliência tem sido estudada em muitos grupos, como naqueles com condições crônicas de saúde, como asma, diabetes e HIV/AIDS (THOMAS; REVELL, 2016).

Richardson (2002, p. 313) forneceu uma revisão da literatura de resiliência e descreveu uma metateoria delineando as várias conceituações e a evolução da pesquisa sobre o construto. O autor chama a atenção para o uso de diferentes termos usados em várias disciplinas para capturar a resiliência como a autorrealização, o altruísmo, a sabedoria e a harmonia. Com o tempo, outros conceitos de resiliência foram propostos e os estudos investigaram grupos diferentes de pessoas (crianças, idosos, pessoas com câncer etc.) e segundo a perspectiva de variadas disciplinas (educação, psicologia, enfermagem etc.).

Em alguns estudos, muitos pesquisadores consideraram-na um traço ou característica inerente às pessoas (REES, 2015). No entanto, outros pesquisadores se concentraram na hipótese de que a resiliência é mais um processo e pode ser modificada através da educação (THOMAS; REVELL, 2016; WEIDLICH; UGARRIZA, 2015).

À medida que a pesquisa sobre resiliência evoluiu, mais reconhecimento foi dado aos processos dinâmicos e multifacetados envolvidos (SARKAR; HILTON, 2020).

Os pesquisadores reconheceram evidências de uma série complexa de fatores psicológicos na resiliência, ao invés de considerá-la como um atributo fixo de personalidade.

No campo da psicologia o conceito de resiliência ocupou o espaço dos conceitos de invencibilidade e invulnerabilidade, inicialmente utilizados nas pesquisas sobre o desenvolvimento da criança, e logo em seguida, do adolescente, em condições desfavoráveis, buscando identificar os traços de personalidade ou características individuais que constituem os sujeitos resilientes (RODRIGUES; CORRÊA, 2016).

A esta tendência de identificação de componentes constituintes da resiliência, e de sua métrica, foi-se somando a tendência de identificar os fatores de risco e de proteção (IRIGARAY; PAIVA; GOLDSCHMIDT, 2017).

Na enfermagem, não há consenso de sua definição, mas possuir um alto nível de resiliência é reconhecido como sendo decisivo para que este profissional obtenha sucesso profissional e gerencie os estressores no local de trabalho (COOPER *et al.*, 2020; WALPITA; ARAMBEPOLA, 2020).

Um estudo que analisou o conceito de resiliência no que se refere aos enfermeiros apontou que os principais atributos desta, nesse profissional, são: suporte social, autoeficácia, equilíbrio entre vida profissional e pessoal/autocuidado, humor, otimismo e ser realista (COOPER *et al.*, 2020).

Apesar do contínuo debate sobre os principais componentes da resiliência, há um consenso nos estudos contemporâneos que a resiliência pode ser considerada como o produto de vários componentes que enfatizam a interação de um indivíduo com seu ambiente. Lowe (2013) teorizou que a resiliência inclui dois elementos principais - fatores pessoais e fatores dos sistemas ambientais, e que a interação entre os dois a promove (PANGALLO *et al.*, 2015).

A resiliência enquanto capacidade de superar situações difíceis fornece uma estrutura valiosa para melhorar as consequências negativas que surgem do estresse no local de trabalho. Revisões da literatura indicaram as características pessoais que a compõem (LEE *et al.*, 2013). Essas características pessoais incluem atributos demográficos e atributos psicológicos, que são divididos em fatores de proteção e risco (LEE *et al.*, 2013).

Esses fatores podem ser tanto internos quanto externos ao indivíduo e interagem de forma dinâmica e pressupõe um equilíbrio entre si. Kumpfer (1999) propôs “uma estrutura dinâmica que permite interações entre a pessoa resiliente e seu ambiente de alto risco” (p. 180). Nessa estrutura, os precursores ambientais da resiliência são referidos como fatores de risco e de proteção.

No decorrer dos anos, o uso dos termos fatores de proteção e risco de resiliência apresentaram concordâncias. Inicialmente o termo protetor se referia a um atributo conferido

às pessoas que não foram afetadas por uma certa adversidade, em comparação a um indivíduo sem essa característica que fora afetado. Dada essa contínua alternância sobre o termo fatores de proteção como o resultado principal ou uma interação, as revisões que tratam da resiliência buscaram definir melhor os fatores de proteção e de risco (KUMPFER, 1999; LEE *et al.*, 2013). O estudo desenvolvido por Sapienza e Pedromônico (2005) descreveu os fatores de proteção como recursos individuais que minimizam ou neutralizam o impacto do risco. A taxonomia da *North American Nursing Diagnosis Association - International* (NANDA-I), edição 2015-2017, também incorpora como diagnóstico de enfermagem o risco de resiliência comprometida.

O estudo de duas medidas validadas de resiliência, a Escala de Resiliência e o Connor Davidson - Risc, explorou os efeitos dos fatores de risco e proteção da resiliência e constatou que eles exibem diferentes padrões como: satisfação com a vida, otimismo, afeto positivo, autoeficácia, autoestima e apoio social (LEE *et al.*, 2013, HABIB; ZAHRA, 2020).

Outras variáveis que foram identificadas como sendo significativamente relacionadas à resiliência são os traços de personalidade de extroversão, conscientização e neuroticismo (CAMPBELL-SILLS; COHAN; STEIN, 2006). A extroversão provavelmente está relacionada à resiliência, porque ambas as variáveis abrangem os benefícios associados ao apoio social e ao afeto positivo, contribuindo para a capacidade de recuperação de um indivíduo. A conscientização está provavelmente relacionada à resiliência através do enfrentamento orientado a tarefas do comportamento mediador, que encoraja a recuperação de eventos adversos através da resolução de problemas (PENLEY; TOMAKA; WIEBE, 2002; ZEIDNER; SAKLOFSKE, 1996). O neuroticismo está provavelmente relacionado negativamente à resiliência, porque engloba a tendência de os indivíduos se envolverem em estratégias de enfrentamento e emoções negativas (CAMPBELL-SILLS; COHAN; STEIN, 2006).

A resiliência pode oferecer resistência aos estressores porque é considerada parte de um processo de proteção que aumenta a probabilidade de produzir resultados positivos e protege contra os fatores de risco (LEE *et al.*, 2013). Outros fatores internos importantes para a resiliência foram reconhecidos na literatura, como: satisfação com a vida, otimismo, afeto positivo, autoeficácia, autoestima, apoio social robustez, esperança, desenvoltura, otimismo e percepção emocional (MCDONALD *et al.*, 2013) e afeto positivo desempenha um papel vital em ajudar as pessoas resilientes a lidar com situações estressantes (ONG *et al.*, 2006; TUGADE; FREDRICKSON, 2004).

Os fatores de proteção que compõem a resiliência (por exemplo, habilidades de enfrentamento e afeto positivo) são uma maneira eficaz para os indivíduos atenuar os efeitos negativos dos eventos adversos. A tendência de buscar apoio de outros atua como um fator de proteção quando ocorre um evento adverso (RUTTER, 1985), e justificam porque apoio social e um senso de conexão podem ser considerados fatores externos (POLETTI; KOLLER, 2008).

### 3.2 RESILIÊNCIA NO TRABALHO EM SAÚDE

Nas últimas décadas há um crescente interesse em identificar o impacto da resiliência nos profissionais de saúde (MCALLISTER; LOWE, 2011). O primeiro estudo a examinar a resiliência no setor de saúde foi qualitativo sobre seis médicos australianos de saúde mental que descobriram que eles conseguiram a resiliência por meio de várias experiências, como colegas de trabalho, esperança e senso de autonomia (EDWARD, 2005).

A resiliência tem sido estudada nas profissões da saúde, como enfermagem, assistência social, psicologia e medicina. Isso se deve à conscientização de que há estressores frequentes no local de trabalho destes profissionais que podem afetar a saúde física e mental e, em alguns indivíduos, elevar-se ao nível traumático (MCCANN *et al.*, 2013).

Estudos afirmam que a resiliência está relacionada a importantes resultados organizacionais, como por exemplo o desempenho no trabalho. Esse desempenho depende do envolvimento no trabalho, e impacta a segurança do paciente e a qualidade do atendimento. Para a enfermagem, que é uma importante força de trabalho em saúde, a capacidade de liderança dos enfermeiros está positivamente associada ao desempenho do trabalho e à construção de resiliência da força de trabalho em enfermagem (WEI *et al.*, 2019).

Barasa, Mbau e Gilson (2018) forneceram uma revisão da literatura de resiliência na área da saúde e de outros setores para sintetizar evidências sobre a resiliência organizacional. Os conceitos usados nos artigos selecionados enfatizavam não apenas a capacidade de um sistema de resistir a choques, mas também de se adaptar e transformar. A resiliência das organizações foi influenciada pelos seguintes fatores: recursos materiais, preparação e planejamento, gestão da informação, caminhos colaterais e redundância, processos de governança, práticas de liderança, cultura organizacional, capital humano, redes sociais e colaboração.

A satisfação no trabalho da enfermeira foi levantada em uma revisão a qual apontou que há três contribuintes para esta condição: intrapessoal, interpessoal e externo à pessoa. Para estes colaboradores, os fatores intrapessoais foram os mais relevantes para a resiliência

dos enfermeiros. Essas são características que um indivíduo traz para seu trabalho, como afetividade positiva e negativa, estratégias de enfrentamento, idade e posse. A satisfação no trabalho é um fenômeno complexo que é influenciado por uma combinação desses fatores e é essencial para a retenção de enfermeiros (HAYES *et al.*, 2010).

O *burnout* relacionado às ocupações tem sido significativamente reconhecido como um problema sério que influencia muitos funcionários cujo trabalho está relacionado aos seres humanos, especialmente aos profissionais de saúde (HERITAGE *et al.*, 2019). A síndrome de *burnout* é estudada e descrita como um distúrbio psicológico causado por constante sobrecarga emocional e física que o cuidado com o paciente pode envolver. Enfermeiras que sofrem de síndrome de *burnout* apresentam exaustão emocional, atitude negativa ou cínica em relação aos pacientes, despersonalização e baixa implementação pessoal de seu trabalho (CARO *et al.*, 2017).

Os enfermeiros altamente resilientes apresentam um nível mais baixo de *burnout* (MEALER *et al.*, 2012), indicando que a resiliência poderia desempenhar um papel substancial na redução do esgotamento de enfermeiros e na promoção da retenção de enfermeiros. Portanto, é vital que os enfermeiros líderes reconheçam e saibam como a resiliência pode ser cultivada e aplicada à equipe de enfermagem.

Outra relação apontada pelas pesquisas é que a resiliência está negativamente relacionada com a ocorrência de lesões. Aproximadamente 44.000 feridos ocorreram no setor de serviços sociais e de saúde (Departamento de Trabalho dos Estados Unidos da América, *Bureau of Labor Statistics* [BLS], 2013).

Os indivíduos altamente resilientes usam afeto positivo para facilitar a adaptação ao estresse (CAPPELLEN *et al.*, 2018). O afeto positivo experimentado durante comportamentos de saúde aumenta Afeto positivo experimentado durante comportamentos de saúde constrói um conjunto de recursos individuais, o que pode, por sua vez, amplificar o afeto positivo experimentado durante comportamentos de saúde positivos e fortalecer os motivos inconscientes. Oferecemos evidências publicadas e preliminares em favor da teoria.

A resiliência modera a relação entre conflitos interpessoais e afetos negativos relacionados ao trabalho, de modo que os enfermeiros com alta resiliência experimentem um efeito negativo menor relacionado ao trabalho. Estudos longitudinais sobre resiliência têm apoiado seu papel moderador na relação estressor-emoção. De acordo com um recente estudo diário, a resiliência de traços foi encontrada para moderar a relação entre estresse diário e emoção negativa (ONG *et al.*, 2006). Em outras palavras, indivíduos resilientes usam essa

característica como uma resposta adaptativa ao estresse, reduzindo assim suas emoções negativas.

O  *coping*  também tem sido considerado como um atributo psicológico fundamental ou componente de resiliência. Gillespie  *et al.*  (2007) realizaram uma síntese de conteúdo das literaturas de psicologia, psiquiatria e enfermagem e concluíram que o enfrentamento, a autoeficácia e a esperança são atributos definidores da resiliência. Bonanno (2004), por outro lado, argumentou que o enfrentamento é distinto da resiliência e se refere mais geralmente a como as pessoas respondem ou regulam o estresse.

Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos com enfermeiros prestadores de cuidados intensivos mostrou que apenas cerca de um quinto dos enfermeiros poderiam ser classificados como altamente resilientes (MEALER  *et al.* , 2012). A resiliência do enfermeiro é uma habilidade que estes profissionais podem aprender e desenvolver para sobreviver e prosperar diante das adversidades no trabalho (KESTER; WEI, 2018).

Jackson, Firtko e Edenborough (2007) afirmaram que existem cinco estratégias para desenvolver a resiliência em enfermagem: construir relações positivas; manter emoções positivas; desenvolver uma visão dos próprios fatores de proteção; equilíbrio e espiritualidade da vida; e usar a reflexão para encontrar significado nos desafios atuais. Além dessas estratégias, o exercício também é reconhecido como uma maneira eficiente e eficaz de eliminar as tensões do dia e promover a resiliência (HART; BRANNAN; DE CHESNAY, 2014).

Outras estratégias em  *The Resilient Nurse* , de McAllister e Lowe (2011), incluem temas como a aprendizagem a partir de modelos, o uso de avaliações realistas em situações estressantes, um conhecimento de gerenciamento de conflitos e ferramentas para enfrentar uma crise. Hickman (2013) sugeriu que este livro fornece um conjunto de ferramentas, técnicas de comunicação e cenários para preparar enfermeiros para os desafios do ambiente de cuidados de saúde. McAllister e Lowe (2011) adaptaram mecanismos psicobiológicos para propor que existem certas características de pessoas resilientes que podem ser aprendidas ou desenvolvidas. Por exemplo, o otimismo foi descrito como um traço em pessoas resilientes e a recomendação para desenvolver esse traço foi aplicar as técnicas da Terapia Comportamental Cognitiva (TCC).

Windle (2010) produziu um conceito abrangente de resiliência o qual inclui três componentes principais: (a) a presença de estresse significativo que carrega uma ameaça substancial de um resultado negativo, (b) recursos individuais e ambientais que facilitam a



adaptação positiva, e (c) adaptação ou ajuste positivo em relação ao estágio de desenvolvimento da vida.

Consistente com essa visão, o modelo teórico unificado apresentado nesta tese procura abordar, de forma integrada, uma perspectiva holística de preditores relevantes dos resultados relacionados à enfermagem, levando em conta tanto o indivíduo (identificado por Rees *et al.*, 2015) quanto os fatores ambientais.

Considerando o que foi apresentado em relação à resiliência e ao trabalho em enfermagem, Rees *et al.* (2015) vem trabalhando no desenvolvimento de modelos como estratégias importantes para o reconhecimento dos fatores individuais e ambientais que interferem na resiliência: o *Model of Individual Workforce Resilience* (ICWR) e o *Health Services Workplace Environmental Resilience Model* (HSWERM).

### **3.2.1 Model of Individual Workforce Resilience (ICWR)**

O ICWR é um modelo de resiliência individual elaborado para relacionar a resiliência psicológica às variáveis que determinam a saúde mental e conhecer como o indivíduo responde aos fatores estressores no local de trabalho. É um modelo teórico idealizado para o desenvolvimento de intervenções que contribuam para o ajustamento psicológico de pessoas que trabalham em ambientes de grande estresse (REES *et al.*, 2015).

Esta estrutura considera que a resiliência psicológica se baseia na noção de que os problemas clínicos têm múltiplas causas interativas e fatores contribuintes. Este modelo inclui vários construtos identificados na literatura relacionados à resiliência e à psicologia, como neuroticismo, *mindfulness*, autoeficácia e *coping* (REES *et al.*, 2015).

A enfermagem é um dos grupos ocupacionais que estão mais expostos a fatores que geram estresse ocupacional. Os estudantes de enfermagem são o futuro da força de trabalho desta profissão. Os pesquisadores idealizadores do ICWR consideraram importante avançar a compreensão dos determinantes da resiliência nessa população. Portanto, realizaram um inquérito no ano de 2014 a 2015, com o objetivo de investigar os principais construtos do modelo ICWR, a partir da coleta de vários dados demográficos importantes, em uma amostra de 422 alunas que concluíram o último estágio do curso de enfermagem na Austrália e Canadá (REES *et al.*, 2015).

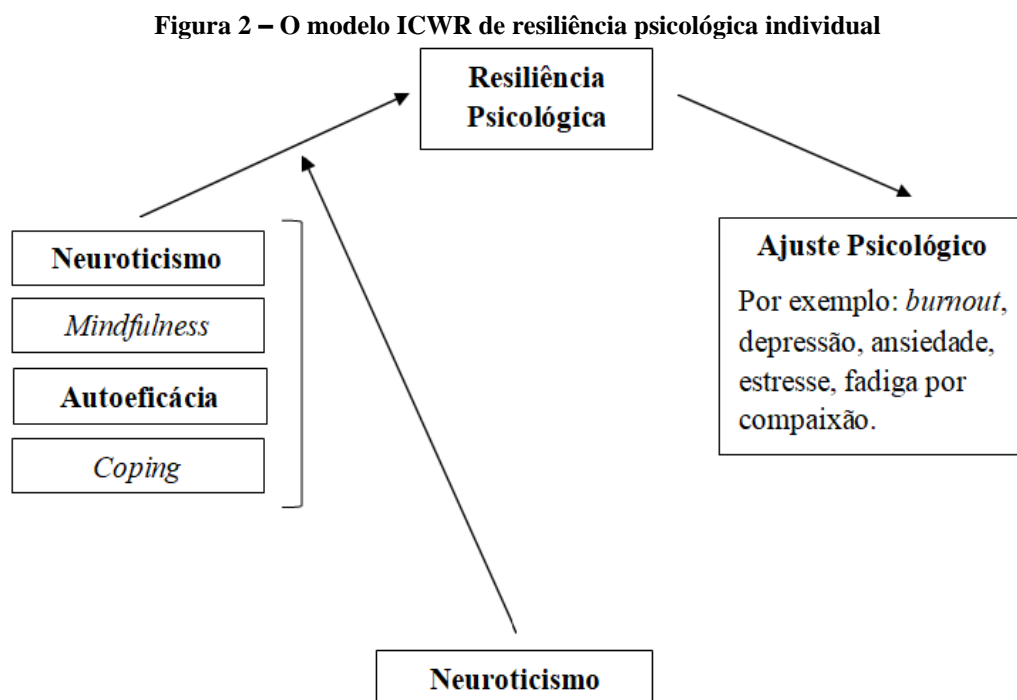
Os autores usaram a técnica de modelagem de equações estruturais na elaboração do modelo ICWR, pois permite avaliar simultaneamente múltiplas variáveis. Esta metodologia permitiu representar as informações teóricas observadas e compreender como os dados se relacionam entre si. É um processo que demanda cálculo estatístico de dados oriundos de

estudos experimentais ou observacionais nas áreas do comportamento (GOSLING; GONÇALVES, 2003).

O ICWR teoriza os fatores individuais associados à resiliência destas alunas e os relaciona em forma de uma estrutura (equação) que contém setas. Esta equação descreve todas as relações entre os constructos envolvidos na análise.

A resiliência obteve uma influência significativa na relação entre *mindfulness* autoeficácia,  *coping* e ajuste psicológico (escores de  *burnout*). Além disso, como previsto, (VOGUS; SUTCLIFFE, 2007), o Neuroticismo moderou a relação entre  *coping* e  *burnout*. Os resultados foram discutidos em termos de abordagens potenciais para apoiar estudantes de enfermagem que podem estar em risco de esgotamento.

A Figura 2 mostra a estrutura do modelo ICWR:



Fonte: Rees *et al.* (2015).

Nota: ICWR=Model of Individual Workforce Resilience.

Autoeficácia é a crença de um indivíduo em sua própria capacidade de realizar uma tarefa específica (GARCIA-DIA *et al.*, 2013). Mais precisamente, no contexto da enfermagem, é a confiança no conhecimento, habilidades e tomada de decisões na prática diária e a capacidade de lidar com a mudança e a resolução de problemas (GILLESPIE; PETERSON, 2009).

*Coping* é “um processo de ajuste após um evento adverso” (REES *et al.*, 2015, p. 4). Lidar talvez com foco na emoção ou no problema. Shin *et al.* (2014) sugeriram que a função

do enfrentamento focado na emoção é reduzir as que são estressantes, ao passo que o enfrentamento focalizado no problema tem em vista mudar a relação pessoa-ambiente visando resolver justo o que causa o sofrimento. Esse processo envolve gerar soluções alternativas e / ou seguir um plano de ação. Em um contexto de enfermagem, o enfrentamento focado no problema pode incluir a capacidade de gerenciar um ambiente de trabalho em constante mudança (GILLESPIE; PETERSON, 2009) e a capacidade de administrar cargas de trabalho imprevisíveis.

*Mindfulness* é uma tendência característica (REES *et al.*, 2015) que envolve a focalização total de uma experiência que ocorre no presente de uma maneira aceita ou não crítica (BAER *et al.*, 2006). Alguns a veem como um estado mental e outros a como um conjunto de habilidades e técnicas. (BROWN; RYAN; CRESWELL, 2007; HÜLSHEGER *et al.*, 2013 sugerem que a *Mindfulness* no trabalho pode reduzir o esgotamento emocional e aumentar a satisfação no trabalho. *Mindfulness* é importante para que os enfermeiros se desliguem de situações emocionais altamente carregadas, mantenham a atenção plena, reflitam, aprendam e sigam em frente.

O neuroticismo é um traço fundamental de personalidade, caracterizado pela tendência a vivenciar estados emocionais negativos, como ansiedade e depressão (REES *et al.*, 2015).

A resiliência individual é um processo dinâmico e está vinculada ao contexto em que indivíduo está inserido, entretanto o ICWR não contempla os fatores do ambiente que influenciam a resiliência e o comportamento dos indivíduos. Os mesmos autores do modelo ICWR erigiram um novo modelo de resiliência intitulado *Health Services Workplace Environmental Resilience Model* que contempla ao mesmo tempo a interação de fatores individuais e do ambiente no contexto de trabalho da área de saúde, e optaram por pesquisar estes fatores no ambiente laboral do enfermeiro que atua em área hospitalar.

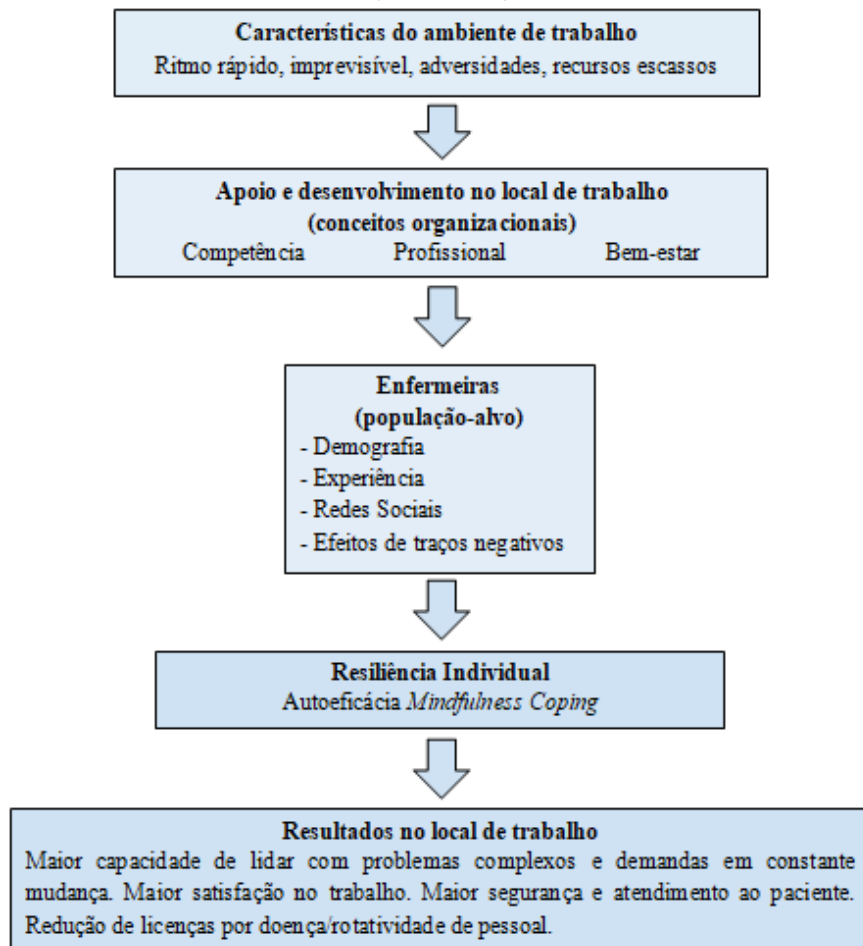
### **3.2.2 Health Services Workplace Environmental Resilience Model (HSWERM)**

O HSWERM é um referencial teórico que reúne em uma única estrutura os fatores individuais e do ambiente de trabalho que promovem a resiliência dos profissionais da área da saúde. Este modelo teórico e conceitual se baseou nos três principais construtos do modelo de resiliência individual anterior, o ICWR: autoeficácia, enfrentamento e *mindfulness*.

Para Rees *et al.* (2015) construir um modelo teórico, o qual define os construtos da resiliência dos trabalhadores, foi necessário obter uma compreensão dos fatores do local de trabalho que contribuem para apoiar a resiliência dos enfermeiros aos estressores. Para isto, usaram o modelo de síntese literária de Walker e Avant (2011), com base em dados de

estudos internacionais e revisões de literatura sobre a força de trabalho de enfermagem em hospitais, buscando as estratégias que afetam a resiliência pessoal e os resultados no local de trabalho, conforme mostra a Figura 3.

**Figura 3 – Síntese do modelo de resiliência *Health Services Workplace Environmental Resilience Model* (HSWERM)**



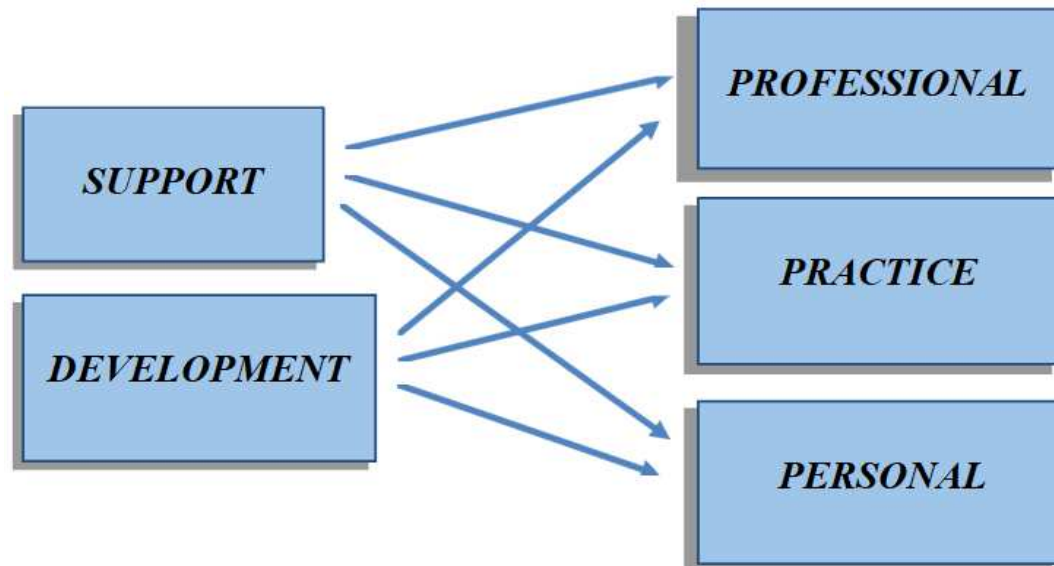
Fonte: extraído de Cuzack (2016, traduzido e adaptado pelos autores).

O modelo HSWERM (ANEXO A) foi organizado em uma estrutura unificada que comporta dois conceitos organizacionais abrangentes - *Support* e *Development*. Para o propósito desta teoria, o *Support* é definido como aquelas intervenções no local de trabalho que nutrem e permitem que os enfermeiros suportem pressões no local de trabalho, enquanto o *Development* é definido como aquelas intervenções no local de trabalho que capacitam os enfermeiros a melhorar seu potencial profissional, prático e pessoal (REES *et al.*, 2015).

A cada um destes conceitos são atribuídos três domínios - *Personal*, *Practice* e *Professional* (Figura 3). No modelo proposto estes domínios se conectam entre si. São domínios que capacitam os enfermeiros a aprimorar seu potencial profissional, prático e

pessoal e, assim, contribuir para sua resiliência no local de trabalho (autoeficácia, *coping*, *mindfulness*) (REES *et al.*, 2015).

**Figura 4 – Conceitos e domínios do *Health Services Workplace Environmental Resilience Model* (HSWERM)**



Fonte: extraído de Rees *et al.* (2015) e adaptado pelos autores.

Sobre o que trata cada um dos três domínios: 1. *Personal*: engloba o bem-estar individual dos enfermeiros. 2. *Practice*: compreende as habilidades, capacidades e competências específicas de uma disciplina de uma profissão. 3. *Professional*: é sobre um ideal de serviço que inclui aprendizagem ao longo da vida e adesão ao comportamento ético (REES *et al.*, 2015).

Cada um desses conceitos e domínios se relaciona com uma gama de atributos-chave do local de trabalho, identificados a partir da síntese de literatura, como influenciadores da resiliência psicológica dos enfermeiros. Os fatores ambientais relacionados a cada conceito organizacional sugerem políticas, procedimentos e sistemas organizacionais chave que, se implementados, teriam uma relação direta com a resiliência psicológica da equipe de enfermagem (REES *et al.*, 2015).

O HSWERM oferece uma abordagem em que os indivíduos têm a responsabilidade de manter e desenvolver a resiliência pessoal, e os funcionários seniores nas organizações de apoio à resiliência pessoal, proporcionando um ambiente de prática seguro e de apoio. Essa abordagem é apoiada pela conceituação de resiliência de Windle (2010), que enfatiza tanto os recursos nos indivíduos quanto em seu ambiente. Esses componentes são refletidos na estrutura do modelo HSWERM.

Este modelo teórico está em consonância com a Diretriz Estratégica para a Enfermagem na Região das Américas, ao contribuir para o mapeamento da resiliência no ambiente de trabalho do enfermeiro. A abordagem dos fatores do ambiente laboral centrados nas condições que incentivem a resiliência do enfermeiro fortalece a prática, auxilia na formação dos enfermeiros e amplia o empoderamento da equipe de Enfermagem ao conscientizar estes profissionais da importância do seu papel como agente transformador da saúde (OPAS, 2019).

O desenvolvimento dessa teoria é influenciado por conceituações prévias, bem como por entendimentos atuais dos contextos de trabalho, que estão em constante evolução. No entanto, os autores do HSWERM possuem ampla experiência na prática de enfermagem contemporânea. O desafio é operacionalizar o modelo para que os fatores possam ser examinados em outras pesquisas e revisados criticamente como facilitadores da resiliência psicológica que levam a resultados positivos para enfermeiros e pacientes.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO DO ESTUDO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo metodológico de tradução e adaptação transcultural.

O referencial teórico metodológico adotado nesta investigação é o de adaptação transcultural (ATC). A ATC é um método que visa obter a equivalência entre um instrumento original (cultura-fonte) e o adaptado (cultura-alvo) (REICHENHEIM; MORAES, 2007; EPSTEIN; SANTO; GUILLEMIN, 2015). A ATC é composta pela combinação da tradução literal das palavras de um instrumento e sua adaptação ao contexto cultural e estilo de vida encontrados na cultura-alvo (BEATON *et al.*, 2000; DORTAS JUNIOR *et al.*, 2016).

A ATC de instrumentos elaborados em outra cultura ou outro idioma (cultura-fonte), historicamente, baseava-se na simples tradução da língua original para o português falado no Brasil e, excepcionalmente, na realização da retrotradução por meio da comparação literal com a nova versão (cultura-alvo) (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

No entanto, é consenso entre vários pesquisadores que a tradução literal de um instrumento não garante a sua validação. O propósito desse processo é adaptá-lo de uma maneira culturalmente relevante e compreensível, mantendo o significado e a intenção dos itens originais (BEATON *et al.*, 2000, 2007; REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Atualmente é necessário primeiro investigar se um conceito existe ou se ele é interpretado da mesma forma na nova cultura, para posteriormente se estabelecer sua equivalência transcultural por meio de metodologia própria (DORTAS JUNIOR *et al.*, 2016).

Deste modo, para a efetivação da tradução e sua utilização em diferentes culturas, devem ser realizadas as etapas de ATC e validação. Durante este processo é necessário analisar se um conceito pode ser aplicado em pesquisas abrangendo culturas diferentes e se ele pode ser interpretado similarmente na nova cultura (REICHENHEIM; MORAES, 2007). Portanto o modelo traduzido deve preservar as características sociais e culturais da versão original, pois esta condição é essencial para a sua correta utilização na população-alvo.

Em relação ao processo de ATC, os estudos apresentam diferentes apreciações de abordagens teóricas e propostas processuais com nuances semelhantes, todavia, não há consenso quanto às estratégias de execução neste processo, mas etapas internacionalmente aceitas (FABRÍCIO-WEHBE *et al.* 2009; LIMA; LOURENCO, 2010; PASKULIN *et al.*, 2011; AIRES *et al.*, 2012; CALDAS *et al.*, 2012; MONTEIRO; MAZIN; DANTAS, 2015; VALER *et al.*, 2015; EPSTEIN; SANTO; GUILLEMIN, 2015).

Alguns autores propuseram modelos e diretrizes (*guidelines*) para a ATC, sendo a sua maioria elaborada na década de 1990 (MACHADO *et al.*, 2018). O método apresenta variações na sua operacionalização, entretanto, estes autores compartilham as etapas de múltiplas traduções e retrotraduções, a revisão por comitês de especialistas, a aplicação de pré-teste da versão traduzida e análise psicométrica (FORTES; ARAÚJO, 2019).

A escolha de um método de ATC é uma questão de preferência e logística. Contudo, a adaptação e validação de um instrumento são dois processos distintos que devem ser distinguidos e realizados com cuidado (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012; EPSTEIN; SANTO; GUILLEMIN, 2015; SOPPA *et al.*, 2019). O primeiro termo compreende todos os processos relativos à adequação cultural, além da tradução (HAMBLETON, 2005; BORSA; BANDEIRA; RUSCHEL, 2012; LEITE *et al.*, 2019).

A Tabela 1 apresenta alguns dos autores mais referenciados na literatura e as etapas necessárias à ATC, segundo cada autor.

**Tabela 1 – Descrição, número e organização das etapas adaptação transcultural segundo autores**

(continua)

<b>Autor</b>	<b>Nº de Etapas de ATC</b>	<b>Descrição das Etapas</b>
Guillemin, Bombardier e Beaton (1993).	5	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tradução</li> <li>2. Retrotradução</li> <li>3. Revisão por Comitê</li> <li>4. Pré-teste</li> <li>5. Balanço de Medidas</li> </ol>
Herdman, Fox-Rushby e Badia (1998).	6	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Equivalência Conceitual</li> <li>2. Equivalência de Item</li> <li>3. Equivalência Semântica</li> <li>4. Equivalência Operacional</li> <li>5. Equivalência de Mensuração</li> <li>6. Equivalência Funcional</li> </ol>
Beaton <i>et al.</i> (2007).	6	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tradução</li> <li>2. Síntese</li> <li>3. Retrotradução</li> <li>4. Revisão por Comitê</li> <li>5. Pré-teste</li> <li>6. Submissão e Aprovação</li> </ol>



**Tabela 1 – Descrição, número e organização das etapas adaptação transcultural segundo autores**  
(conclusão)

<b>Autor</b>	<b>Nº de Etapas de ATC</b>	<b>Descrição das Etapas</b>
Wild <i>et al.</i>	10	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Preparação</li> <li>2. Tradução</li> <li>3. Reconciliação</li> <li>4. Retrotradução</li> <li>5. Revisão da retrotradução</li> <li>6. Harmonização</li> <li>7. Interrogatório Cognitivo</li> <li>8. Revisão dos Resultados do Interrogatório Cognitivo e Finalização</li> <li>9. Pré-teste</li> <li>10. Relatório Final</li> </ol>
Eremenco, Cella e Arnold (2005).	6	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Tradução</li> <li>2. Reconciliação</li> <li>3. Retrotradução</li> <li>4. Revisão</li> <li>5. Finalização</li> <li>6. Versão Final</li> </ol>
Reichenheim e Moraes (2007)	6	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Equivalência Conceitual</li> <li>2. Equivalência de Item</li> <li>3. Equivalência Semântica</li> <li>4. Equivalência Operacional</li> <li>5. Equivalência de Mensuração</li> <li>6. Equivalência Funcional</li> </ol>

Fonte: adaptado de Fortes e Araújo (2019).

Notas: ATC = Adaptação transcultural.

A utilização de modelos elaborados em outros contextos culturais deve reconhecer que há diferenças entre definições, crenças e comportamentos relacionados a um construto a ser investigado que trazem a necessidade de uma avaliação meticulosa da equivalência entre as versões original e adaptada (ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013). Em um país como o Brasil, por exemplo, com características heterogêneas, o uso de termos típicos, aceitos em

uma região, pode não ser adequado em outra, o que denota a necessidade de analisar os aspectos locais e regionais (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Pesquisadores de diversas áreas temáticas têm sugerido que a ênfase não deve ser dada somente ao processo de tradução e retrotradução, mas sugerem que se realize uma combinação entre a avaliação semântica e adequação ao contexto cultural e ao estilo de vida da população-alvo da versão original (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; REICHENHEIM; MORAES, 2007; ALMEIDA; BRITO; ESTABROOKS, 2013). Os tipos de equivalência da abordagem universalista podem ser investigados usando métodos quantitativos (REGNAULT; HERDMAN, 2015).

A ATC exige tempo, recurso financeiro e rigor científico nas etapas metodológicas, e ademais, para que a versão traduzida seja considerada válida, confiável e se realmente se propõe ao que foi inicialmente elaborada (SPERBER, 2004).

O pouco rigor em um modelo original, desenvolvido em outros locais torna-se um problema, como destacado por Reichenheim e Moraes (2007). Assim, conforme Beaton *et al.* (2007), a ATC abriga um processo que se atenta aos resultados nas duas línguas (original e traduzida) e culturas durante a preparação de um modelo para uso em um local diferente. É necessário inclusive que sejam refeitos os estudos de confiabilidade e validade no novo contexto (GIUSTI; BEFI-LOPES, 2008).

A validade se refere ao processo pelo qual verifica se o instrumento consegue avaliar realmente o que se propõe. Pode ser realizada por três métodos: validade de conteúdo, validade relacionada a um critério e validade de constructo. A confiabilidade é a capacidade de um instrumento reproduzir um resultado de forma consistente no tempo e no espaço. São procedimentos empregados para sua avaliação: estabilidade (teste-reteste), homogeneidade e equivalência (interobservadores) (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

Autores da área de ATC enfatizam que quando um pesquisador se propõe a adaptar versões para outra cultura, ele deve se preocupar com algumas questões importantes para o processo de adaptação, tais como: investigar se os domínios inseridos no conceito a ser estudado também são importantes para a outra realidade; se os itens presentes em cada um dos domínios que integram o instrumento são relevantes para a cultura-alvo; se a tradução realizada garante a equivalência dos significados dos itens; se o método usado para a aplicação da versão adaptada é compatível com as recomendações do autor da versão original (BEATON *et al.*, 2000; BOWDEN; FOX-RUSHBY, 2003).

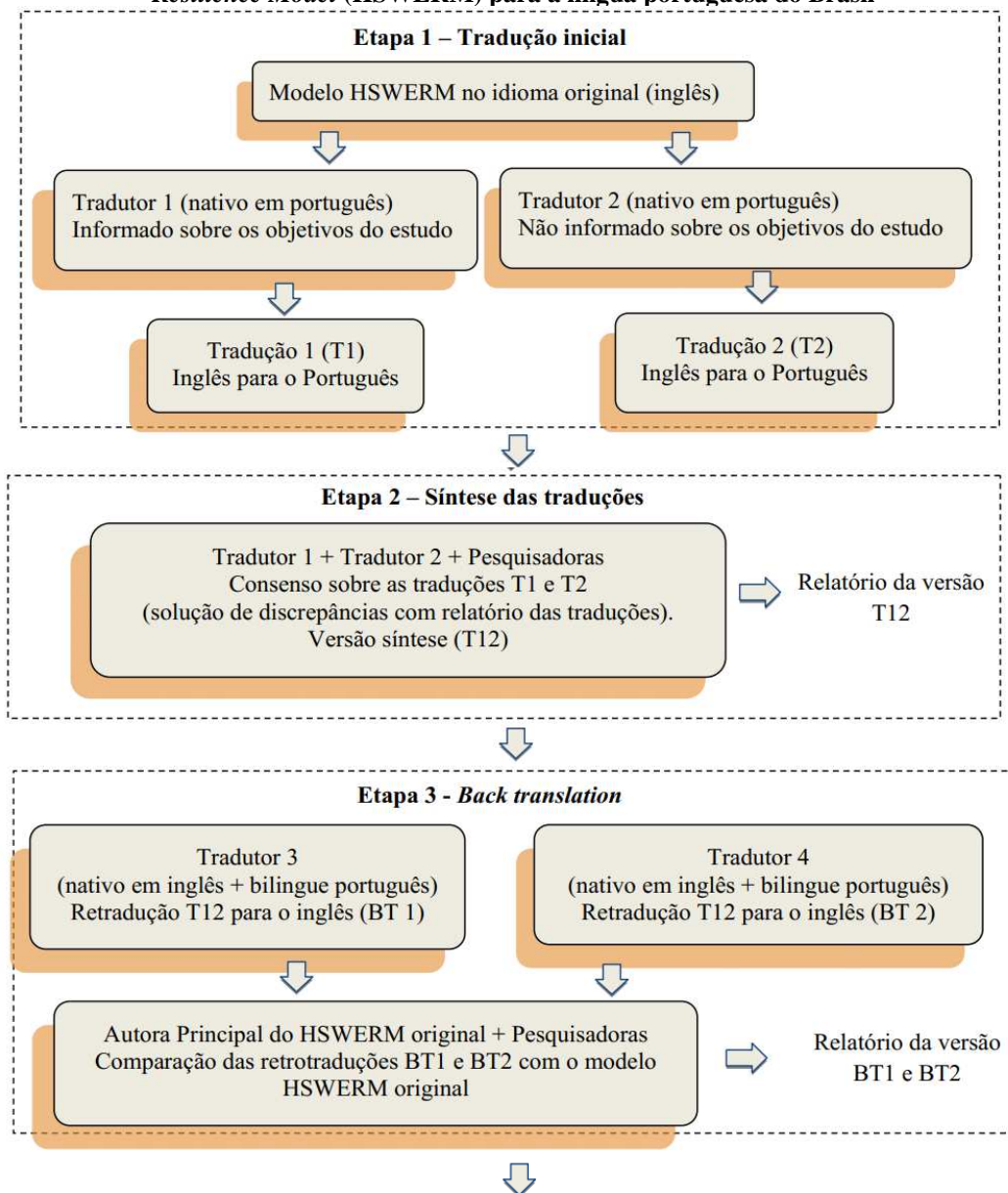
A investigação conduzida para esta tese considerou a preocupação com a busca de evidências que confirmem os diferentes tipos de equivalências existentes entre a versão

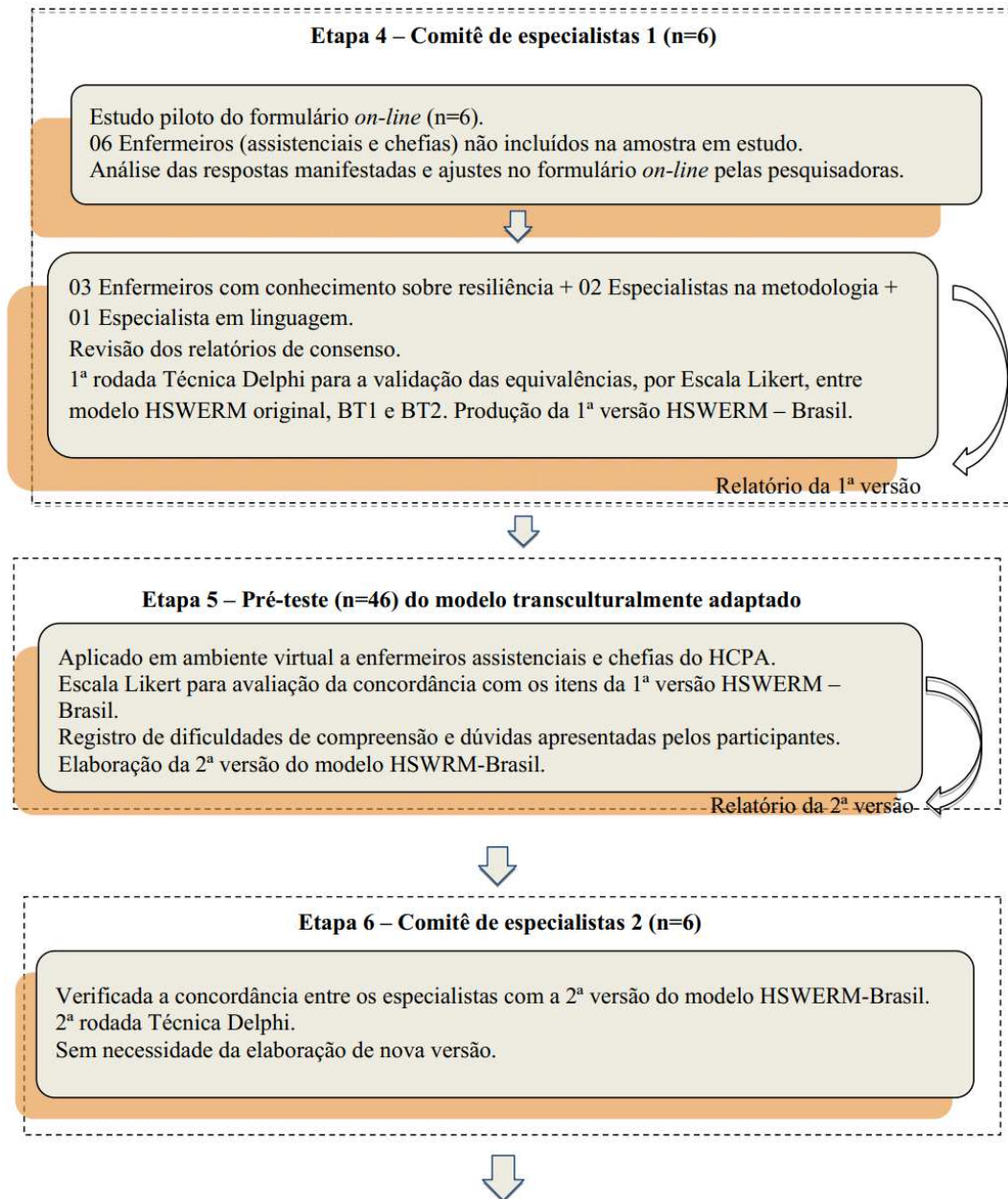
original e a versão adaptada para outra cultura, conforme as etapas propostas no referencial de ATC (BEATON *et al.*, 2007).

#### 4.2 ETAPAS DO PROCESSO DE ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO MODELO HSWERM

A ATC do modelo HSWERM compreendeu as seguintes etapas: 1- tradução inicial; 2- síntese das traduções, 3 – *back translation*, 4 - estudo piloto + comitê de especialistas (rodada Delphi 1); 5 - pré-teste (Escala Likert); 6 - comitê de especialistas (rodada Delphi 2); 7 – utilização em pesquisas, conforme ilustra a Figura 5.

**Figura 5 – Etapas da adaptação transcultural do modelo *Health Services Workplace Environmental Resilience Model (HSWERM)* para a língua portuguesa do Brasil**





Utilização do modelo HSWERM-Brasil em pesquisas.

Fonte: dados da pesquisa (2021).

Notas: ICWR = *Model of Individual Workforce Resilience*. HCPA=Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Este processo não se baseou em um único referencial de ATC, mas nas recomendações e procedimentos sugeridos por vários pesquisadores (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998; GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON *et al.*, 2007; REICHENHEIM; MORAES, 2007).

A escolha destes referenciais ocorreu por considerar os mais adequados e que abrangem várias etapas, tendo em vista que o presente estudo se propõe a realizar a ATC de um modelo teórico, não de uma escala, prevendo a validação do modelo adaptado no Brasil.

A literatura sobre estudos transculturais considera a abordagem universalista a mais adequada em razão de sua proposta processual contemplar as equivalências que descrevem e explicam todo o procedimento de adaptação transcultural. Esta abordagem requerer seis tipos de equivalências, sendo: conceitual, de item, semântica, operacional, de mensuração e funcional. A equivalência conceitual demanda pesquisa qualitativa minuciosa nas culturas-alvo para a decisão de adaptar um instrumento existente e na escolha do instrumento a adaptar (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998; REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Outra recomendação prática que auxiliou no processo de ATC desta pesquisa foi a utilização do *checklist*, proposto por Fortes e Araújo (2019) (ANEXO B).

As etapas para a avaliação da equivalência transcultural neste estudo abrangeram a equivalência conceitual, de itens, semântica, operacional e funcional, seguindo os conceitos dos autores Herdman, Fox-Rushby e Badia (1998) e Reichenheim e Moraes (2007), cultural (ou experimental) e idiomática de acordo com o que recomenda Beaton *et al.* (2007) e Guillemin, Bombardier e Beaton (1993). A equivalência da mensuração foi omitida por não ser pertinente a esta pesquisa, pois se trata de um modelo teórico e não de um instrumento de mensuração.

A ATC é um processo que obtém dados de diferentes fontes, portanto a análise das equivalências pode ser por triangulação metodológica recorrendo a estratégias distintas como entrevistas, análise do conteúdo, do discurso, técnicas estatísticas, as tabelas, os números ou gráficos. Este cruzamento de metodologias e técnicas de pesquisa melhora a validade dos resultados (DUARTE, 2009, p. 21) e previne distorções que possam surgir decorrentes da aplicação de um método quanto a uma única teoria ou perspectiva de um pesquisador (GÜNTHER, 2006). A triangulação é um percurso seguro e indicado para a validação de estudos (SOUZA; ZIONI, 2003; ZITOMER; GOODWIN, 2014).

A equivalência conceitual pode ser explorada por métodos quantitativos, segundo técnicas estatísticas como a análise fatorial (REGNAULT; HERDMAN, 2015) e técnicas qualitativas como entrevista individual ou grupo focal, onde se avaliam por perguntas se os itens do modelo são correspondentes e relevantes nos dois idiomas (REICHENHEIM; MORAES, 2007; BEATON *et al.*, 2007).

Na equivalência conceitual é avaliado se os conceitos apresentados no modelo que está sendo traduzido são semelhantes em ambas as culturas (aquela que o modelo foi idealizado e aquela na qual será aplicada). Pode ser realizada por meio de revisão de literatura, uma discussão com especialistas (comitês) e em segmentos da população-alvo. Em relação à equivalência conceitual, é preciso verificar se os conceitos são condizentes com eventos

experimentados pela população brasileira. A finalidade é explorar se os termos do modelo original têm o mesmo significado em diferentes culturas, ou seja, se o resultado do construto de interesse se assemelha tanto na população de origem do instrumento quanto naquela a ser estudada (REICHENHEIM; MORAES, 2007; BEATON *et al.*, 2007).

A equivalência de itens ocorre quando os itens são equivalentes e refletem os mesmos domínios do modelo teórico em ambas as culturas. Podem ocorrer situações em que partes dos itens necessitem substituições, ainda assim, esta mudança deve assegurar que apresenta os mesmos construtos idealizados. Para atingir a equivalência de itens é necessária a discussão com especialistas (comitê), com segmentos da população-alvo baseando-se na literatura e nas etapas da elaboração do instrumento original (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998).

Avalia-se, ainda, a pertinência destes conceitos à realidade do local do estudo e à compreensão da população que será estudada; além da pertinência dos itens para a captação de cada um dos domínios estudados (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998; BEATON *et al.*, 2007). É realizada por meio de revisões bibliográficas sobre a temática nas duas culturas e na discussão com o comitê de especialistas sobre os itens e conceitos propostos no instrumento original, sua relevância e pertinência à realidade da população-alvo (REICHENHEIM; MORAES, 2007; BEATON *et al.*, 2007). Ao se obter uma equivalência de conceitos e de itens adequados as demais equivalências são avaliadas (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998).

A equivalência semântica se refere à capacidade de transferência dos significados abordados no modelo original para a versão traduzida, incluindo a tradução e a retrotradução do modelo obtidas pelos tradutores de forma independente e cega. Assim propiciará um efeito similar nos respondentes nas duas culturas. Ela se fundamenta na análise gramatical e de vocabulários com o objetivo de verificar se as palavras utilizadas no instrumento original expressam o mesmo conceito na cultura local e se a tradução dos itens é adequada à mesma realidade (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998; BEATON *et al.*, 2007; REICHENHEIM; MORAES, 2007; RIZZINI *et al.*, 2009).

A equivalência semântica compreende a tarefa mais complexa do processo de tradução, pois implica no estudo do significado entre os dois idiomas. A recomendação metodológica é que esta equivalência deve ser realizada em seis etapas: tradução, retradução, avaliação da tradução, avaliação da retrotradução, pré-teste da versão traduzida com a população-alvo e com especialistas e a proposição final da nova versão (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998; DORTAS JUNIOR *et al.*, 2016).

Equivalência idiomática se refere às expressões coloquiais do idioma, que geralmente são difíceis de serem traduzidas. Os especialistas devem procurar expressões equivalentes e que tenham o mesmo significado na língua-alvo (BEATON *et al.*, 2007).

Equivalência cultural está relacionada à obtenção de coerência entre as experiências diárias ou cultura do país de origem do instrumento com aquelas do país ou cultura para qual o instrumento está sendo adaptado, ou seja, é preciso verificar se determinado item possui contexto semelhante na população-alvo. Elas envolvem as experiências de vida diária, cujos itens do instrumento pretendem captar, mas que podem ser diferentes e até inexistentes em um país ou cultura distinta (BEATON *et al.*, 2007). Nessa etapa, alguns itens poderão ser modificados ou mesmo descartados (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

Estudos metodológicos na área de adaptação destacam a importância de avaliar outras equivalências durante o processo de ATC como a equivalência operacional e a funcional (HERDMAN; FOX-RUSHBY; BADIA, 1998; REICHENHEIM; MORAES, 2007). A Equivalência operacional reporta a uma comparação entre os aspectos práticos da utilização de um instrumento na cultura de origem e na população em que será desenvolvido o estudo, mesmo que haja modificações no formato, modo de aplicação ou no cenário operacional. Nesta etapa é igualmente necessária uma discussão sobre as opções de resposta, às adequações à população na cultura-alvo (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

A investigação da equivalência operacional de uma versão preliminar pode ser feita a partir de discussões com membros seletos (especialistas), os coordenadores do projeto de pesquisa ou por indivíduos representativos da população-alvo (REICHENHEIM; MORAES, 2007). Verifica-se a eficácia da aplicação deste instrumento na população-alvo devendo analisar e discutir possíveis modificações de certas características, como: veículo e formato e *layout* das questões/instruções (p.ex: computador, meio eletrônico ou o instrumento impresso), cenário de administração (p. ex: hospital ou centro de saúde), o modo de aplicação (autopreenchido ou administrado por entrevista) e o modo de categorização (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Já a equivalência funcional é uma síntese de resultado das semelhanças identificadas nas demais etapas de avaliação. Esta síntese capta se a eficiência de um instrumento é similarmente satisfatória em duas ou mais culturas (REICHENHEIM; MORAES, 2007).

#### **4.2.1 Etapa 1: Tradução inicial (T1 e T2)**

A adaptação de um instrumento para outro idioma é um processo complexo devido a diferenças culturais e, de acordo com o explanado anteriormente, uma simples tradução não

deve ser realizada (BEATON *et al.*, 2007; SOUSA; ROJJANASRIRAT, 2011; FERREIRA *et al.*, 2014).

Nesta fase, duas traduções do HSWERM original foram realizadas de forma independente, do inglês (língua de partida) ao português do Brasil (língua de chegada), por dois tradutores (tradutor T1 e tradutor T2) cuja língua materna é a língua portuguesa do Brasil a fim de observar discrepâncias na maneira como foi traduzida.

O tradutor 1 (T1) conheceu a pesquisa e o material a ser traduzido, a fim de alcançar uma equivalência da perspectiva mais técnica e, a tradução foi mais focada no fenômeno em estudo. O tradutor 2 (T2), não teve conhecimento sobre os termos e assunto em estudo, não foi influenciado por um objetivo acadêmico, ofereceu assim uma tradução que refletiu a linguagem utilizada pela população em geral. Os dois tradutores assinaram ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

#### **4.2.2 Etapa 2: Síntese das traduções (T12)**

As traduções feitas pelos dois tradutores (T1 e T2) (APÊNDICE B) foram comparadas e analisadas, sendo que quaisquer discrepâncias consideradas inadequadas foram revisadas e organizadas por uma discussão em ambiente virtual entre os tradutores (BEATON *et al.*, 2000) e as pesquisadoras, que auxiliaram na mediação da discussão, a fim de chegar a um consenso e documentar o processo. Um relatório detalhado foi feito pelas pesquisadoras descrevendo todas as discrepâncias ocorridas, detalhando cada questão abordada e como elas foram resolvidas e completadas. Ao final desta etapa foi elaborada uma síntese (T12) (ANEXO C) proveniente das versões produzidas pelos dois primeiros tradutores (BEATON *et al.*, 2007).

#### **4.2.3 Etapa 3: *Back Translation* (BT1 e BT2)**

A *back translation* (também conhecida como tradução retroativa, retrotradução ou tradução reversa) pode ser entendida como um processo de triagem que complementa a tradução convencional, em três etapas: tradução retro; comparação e adaptação final.

A retrotradução não é uma etapa obrigatória na ATC, apesar dos *guidelines* mais relevantes deste método apresentarem-na como necessária. Esta ferramenta é um elo com os autores do modelo original e identifica prováveis discrepâncias na tradução ao permitir uma comparação (MACHADO *et al.*, 2018).



A versão síntese (T12) foi traduzida para o inglês (*back translation*) por outros dois tradutores independentes que não participaram da primeira etapa, obtendo assim duas versões (BT1 e BT2) (APÊNDICE D). Esses tradutores são nativos estadunidenses, alfabetizados em um país de idioma igual à escala original (inglês), com domínio linguístico e cultural da língua inglesa e da língua portuguesa do Brasil para o qual o HSWERM foi adaptado. Esses tradutores fizeram uma nova tradução, sem acesso ao modelo original.

Posteriormente, as *back translations* foram comparadas ao modelo HSWERM original de forma independente, pelos dois tradutores que as executaram, pelas pesquisadoras e a autora principal do modelo original. As disparidades foram discutidas entre as pesquisadoras e os ajustes realizados após a emissão da validação pela autora principal (ANEXO C). Neste ponto, a equivalência entre as *back translations* (BT1 e BT2) e o modelo original foi formalmente avaliada.

Um relatório de reconciliação, mostrando e justificando todas as modificações realizadas nas versões traduzidas, foi desenvolvido pelas pesquisadoras, detalhando todas as variações. Os documentos oriundos do processo de tradução, juntamente com o relatório de reconciliação no qual apontou todas as modificações feitas; foram reunidos e enviados aos especialistas por meio eletrônico para realizarem a validação por consenso da primeira versão do HSWERM-Brasil.

As *back translations* foram tabuladas ao lado da versão original em inglês e das versões T1 e T2 e, em seguida, submetidas para análise de equivalências por um comitê de especialistas.

#### **4.2.4 Etapa 4: Comitê de especialistas (Delphi 1)**

Na primeira rodada Delphi (Etapa 4 - Delphi 1), o papel do Comitê de Especialistas foi avaliar as equivalências (conceitual, de itens, semântica, idiomática e cultural) entre o instrumento original, as traduções iniciais e as retrotraduções, a partir da perspectiva do significado referencial dos termos/palavras que integram esse modelo teórico.

Na Etapa 4, a equivalência conceitual e de itens consistiu na avaliação da clareza, relevância, pertinência, adequação e abrangência dos itens do modelo teórico (WEISSHEIMER, 2007; MOKKINK *et al.*, 2010). A equivalência semântica foi obtida pela correspondência de significados entre o modelo original, traduções e retrotraduções, ou seja, se a versão obtida refletiu o mesmo conteúdo da versão original, pela avaliação da similaridade entre os modelos original e o retrotraduzido (BEATON *et al.*, 2007).

A equivalência idiomática foi avaliada quanto à tradução de palavras ou expressões equivalentes ao modelo original. A equivalência cultural foi estabelecida quando os participantes não apresentaram qualquer tipo de dificuldade em compreender os itens do modelo traduzido (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993).

A validação por consenso de especialistas (também juízes, *experts* ou peritos) é uma prática cada vez mais explorada na área de enfermagem para validação de modelos, escalas, diagnósticos de enfermagem, adaptações transculturais de instrumentos de pesquisa, entre outros (CHANG; SHIH; LIN, 2010; SCARPARO *et al.*, 2012; MACHADO; GUERRA; BRANCO, 2012; AIRES *et al.*, 2012; AZZOLIN *et al.*, 2012; ALMEIDA, 2014). O termo juiz neste caso é utilizado no sentido de avaliador, ou seja, em situações na qual este participa de um processo avaliativo que apresenta estratégias para verificar o nível de concordância entre seus avaliadores.

A validação de um modelo teórico contribui para ampliar o debate, fortalecer a implementação e a aprendizagem dos envolvidos, sejam eles pesquisadores, gestores, profissionais ou usuários do modelo. Possibilita também ampliar a validade interna do modelo teórico e abrir uma oportunidade para o diálogo entre a teoria e sua crítica a respeito de convicções, experiências e conhecimento (VITORINO; CRUZ; BARROS, 2017; VAN DER KNAPP, 2004; CHAMPAGNE *et al.*, 2011). Pressupõe-se que o julgamento coletivo, quando adequadamente organizado, é mais preciso do que o julgamento individual (WHIGHT; GIOVINAZZO, 2000; VITORINO; CRUZ; BARROS, 2017).

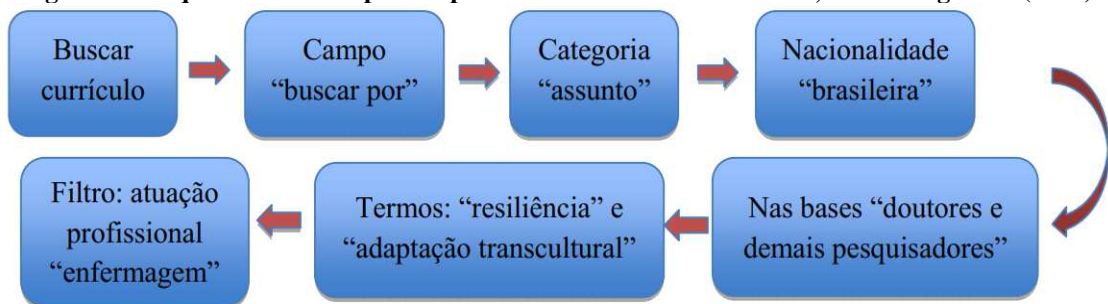
A validação por especialistas verifica a representatividade dos atributos e características de um construto no conceito estudado. Nesta etapa, a validação de conteúdo e aparência foi realizada através da análise de cada conceito e item do modelo (BERNARDO *et al.*, 2013).

A validade de conteúdo não é comprovada por técnicas estatísticas, como nos demais métodos de validação, como por exemplo, por coeficientes de correlação, mas é subjetiva e realizada por especialistas (KESZEI; NOVAK; STREINER, 2010). A validação de conteúdo é composta por duas etapas. A primeira é feita durante o desenvolvimento do instrumento, através de uma análise criteriosa realizada pelos seus autores idealizadores sobre os conceitos e respectivos domínios que indicam os possíveis itens serão incluídos. Na segunda etapa o instrumento desenvolvido é avaliado por especialistas que refutam ou confirmam itens. Esta avaliação contempla a clareza, a compreensão, a relevância e adequação (PITTMAN; BAKAS, 2010).

Alguns aspectos são considerados para a condição de especialista como: tempo de experiência clínica, tempo de formação acadêmica, experiência enquanto pesquisador, área e local de trabalho (BENNER, 1984; WHITLEY, 1999; BERNARDO *et al.*, 2013).

A formação do comitê de especialistas foi realizada pela consulta à Plataforma Lattes do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) conforme descrito na Figura 6.

**Figura 6 – Esquema de busca pelos especialistas na Plataforma Lattes, Porto Alegre/RS (2021)**



Fonte: adaptado de Paiva (2021).

Também se sugere a inclusão de profissionais relevantes no processo, na área das letras, que possam auxiliar na adaptação semântica e cultural do instrumento. Por meio dessa comparação, é possível detectar erros de tradução, identificar expressões ou conceitos inadequados para a realidade local, adaptá-los ou substituí-los por outros que não comprometam os objetivos da pesquisa (BEATON *et al.*, 2007).

Buscaram-se pesquisadores registrados no sistema cujos currículos atendessem os critérios adaptados do referencial de Fehring (1994) com pontuação mínima de cinco pontos, listados no Quadro 1. Ressalta-se que a adaptação deste referencial foi necessária devido ao fato de que a temática em estudo exige uma compreensão prática da tradução e ATC de instrumentos e dos conceitos de resiliência.

**Quadro 1 – Distribuição das adaptações nos critérios para a seleção de especialistas segundo o modelo de validação de conteúdo de Fehring**

(continua)

Critérios de Fehring (1994)	Pontos	Adaptações
Mestre em enfermagem	4	Não exigiu titulação de mestre em enfermagem. Ser mestre em qualquer área.
Mestre em enfermagem – dissertação na área de interesse de diagnóstico	1	Generalizou a dissertação para a área de interesse (resiliência ou ATC). Dissertação com conteúdo relevante da área clínica

**Quadro 1 – Distribuição das adaptações nos critérios para a seleção de especialistas segundo o modelo de validação de conteúdo de Fehring**

(conclusão)

Critérios de Fehring (1994)	Pontos	Adaptações
Pesquisa publicada na área de diagnósticos ou conteúdo relevante	2	Generalizou a publicação do artigo na área de interesse (resiliência ou ATC).
Artigo publicado na área de diagnósticos em um periódico de referência	2	Generalizou a publicação de artigo para a área de interesse (resiliência ou ATC).
Doutorado em Enfermagem e tese na área de diagnóstico	2	Ter doutorado em enfermagem ou Letras. Não exigiu tese. Generalizou a tese para qualquer área de interesse.
Prática clínica de pelo menos um ano de duração na área de enfermagem em clínica médica	1	Ter experiência com ensino ou pesquisa. Não especificou o período mínimo de prática clínica ou na área de interesse (resiliência e ATC). Não exigiu período mínimo de um ano.
Certificado em área clínica médica com comprovada prática clínica	2	Não exigiu certificação na área clínica. Ter especialização em letras ou na área de enfermagem.

Fonte: adaptado de Melo *et al.* (2011).

Nota: ATC=adaptação transcultural.

Pasquali *et al.* (2017) afirmam que para a validação é necessário um número mínimo de seis especialistas. Devido ao grande número de perdas esperado nesse tipo de abordagem, optou-se por selecionar inicialmente um quantitativo maior de participantes, tendo sido enviado um convite para 36 potenciais participantes selecionados, em todo o país, via *e-mail* com a finalidade de explicar o conteúdo da pesquisa e a importância de sua participação.

Para aumentar a validade dos constructos e fortalecer a replicação do desenho de pesquisa que parte da teoria para a empiria (ESHER *et al.*, 2012; VITORINO, CRUZ; BARROS, 2017), métodos participativos, como as técnicas de consenso, são utilizados (ESHER *et al.*, 2012; BEZERRA *et al.*, 2016; VITORINO; CRUZ; BARROS, 2017).

A técnica Delphi é incorporada a diversas áreas do conhecimento para o alcance do consenso sobre determinado assunto, possibilitando, assim, envolver pesquisadores que trabalham com o tema, gestores que são atores potenciais no processo decisório, e incorporar o ponto de vista de outros atores, como profissionais de saúde e usuários (JAIMES, 2009; REVORÊDO *et al.*, 2015).

É um processo de interação no qual um grupo de especialistas (*experts* ou juízes) é convidado a emitir sua opinião sobre um tema (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000;

SCARPARO, 2012; SILVA *et al.*, 2009; VITORINO, CRUZ; BARROS, 2017). Ocorre de forma sistematizada e deve ser executada tantas vezes quantas forem necessárias (SILVA *et al.*, 2009; SCARPARO, 2012).

As principais características da técnica Delphi são o anonimato dos envolvidos, a realização de rodadas, nas quais o material é enviado, respondido e devolvido aos pesquisadores; a seguir, ele é analisado, organizado em categorias, acrescido ou não de novas questões e reapresentado aos participantes para duas ou mais rodadas necessárias até que o consenso, estatisticamente definido, seja alcançado (WRIGHT; GIOVINAZZO, 2000) com a escala Likert de cinco pontos (discordo totalmente para concordo totalmente).

É recomendado que as rodadas repitam até o alcance de 80% de concordância entre os especialistas. O Índice de Validação de Conteúdo (IVC) >0,80 será calculado a partir da fórmula sugerida por Hernandez-Nieto (2002), conforme demonstrado na Figura 7.

**Figura 7 – Cálculo do Coeficiente de validação de Conteúdo, segundo Hernandez-Nieto (2002)**

Cálculo	Fórmula	Descrição
Medidas dos pontos de cada quadro $M_x$	$M_x = \frac{\sum_{I=1}^j X_i}{J}$	Soma das notas dos juízes $\sum_{I=1}^j X_i$ Número de juízes que avaliaram o quadro
IVC inicial para cada quadro $IVC_1$	$IVC_1 = M_x / V_{max}$	Valor máximo que o quadro poderá receber $V_{max}$
Cálculo o erro $Pe_i$	$Pe_i = (1/J)^j$	Para descontar possíveis vieses dos juízes
IVC final $IVC_c$	$IVC_c = IVC_1 - Pe_1$	-
IVC total $IVC_t$	$IVC_t = Mivc_1 - Mpe_1$	Média dos IVCs $Mivc_1$ Média dos erros $Mpe_1$

Fonte: Hernandez-Nieto (2002).

Nota: IVC (Índice de Validade de Concordância).

Desse modo foi determinado o valor do IVC para cada item. Foi considerado válido o item que alcançou os parâmetros: concordância igual ou superior de 80% quanto à sua adequabilidade e  $IVC > 0,80$ .

Para isto, têm-se utilizado a escala Likert, que é um tipo de escala psicométrica, com multi-itens, em questionários de opinião na qual os respondentes pontuam seu nível de

concordância ou não concordância com uma afirmação. É uma escala com diferentes formatos e com número de opções de respostas. Quanto ao número de alternativas ou opções de resposta, a confiabilidade aumenta quando as alternativas são pontuadas de cinco para sete. Contudo, as evidências indicam que é apreciável entre quatro e sete alternativas (DALMORO, 2008; MATAS, 2018; MACEDO, 2020).

Mesmo assim, na primeira rodada Delphi (ou Delphi 1) as pesquisadoras optaram por avaliar as equivalências por meio de um formulário (APÊNDICE E) com escala Likert de três pontos, uma única alternativa intermediária (tradução parcialmente adequada, como opção de indecisão ou ambivalência, para evitar o viés de tendência central (VELEZ; ASHWORTH, 2007; BAKA; FIGGOU; TRIGA, 2012; MATAS, 2018) e, assim, apurar de forma equitativa o real posicionamento dos avaliadores. Ao final da escala numérica foi disponibilizado um espaço para o especialista discorrer sobre sua opção de resposta e descrever suas dificuldades de compreensão dos itens.

Para a coleta de dados, a partir do aceite para participar do comitê de especialistas, foi enviado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F) e, após a devolutiva desse assinado, foi encaminhado o formulário via *Google Forms*® para dar início ao procedimento de validação das equivalências. O instrumento consistiu no modelo original e suas traduções, com os domínios 1 ao 6, dispostos individualmente para cada especialista opinar por manter, inserir, alterar ou excluir itens, além de fazer a avaliação das equivalências semântica, idiomática, cultural, de conceito e de itens do modelo traduzido (APÊNDICE G). Ou seja, cada domínio pertencente ao modelo foi avaliado cinco vezes (tipos de equivalências) e por cada um dos especialistas.

As avaliações dos especialistas ocorreram de forma independente e anônima, como recomendado pelo método Delphi, visto que esta medida evita conflitos entre os membros do comitê e incentiva a participação criativa. As respostas do comitê foram agrupadas de forma estatística de acordo com o grau de concordância obtido.

A interação e o *feedback* entre os especialistas foram controlados pelas pesquisadoras pelo envio do formulário de avaliação de equivalências, várias vezes, até atingir o consenso fiável nas Etapas 4 e 6. Propôs-se que cada rodada tivesse duração de até 30 dias, incluindo o prazo de 15 dias para análise e devolutiva do comitê; e, estabeleceu-se o limite de dez dias para o retorno pelas pesquisadoras com uma versão do modelo e o início da próxima etapa.

Na etapa 4 e 6, a interação entre os especialistas foi conduzida por meio de correio eletrônico, visto a impossibilidade de encontro presencial devido às medidas de distanciamento social da pandemia covid-19 no momento da coleta de dados deste estudo,

como também pela incompatibilidade de horários e indisponibilidade para reuniões em ambiente virtual, mesmo após várias tentativas e sugestões de horários e de dias da semana. Neste sentido, o consenso entre os sete especialistas em relação às equivalências foi avaliado a partir das médias da adequação dos domínios.

Ressalta-se que os formulários foram enviados novamente pelas pesquisadoras aos especialistas, uma única rodada na Etapa 4 (Delphi 1) e três vezes sequenciais na Etapa 6 (Delphi 2), para alcançar uma concordância significativa entre especialistas e tratar as opiniões dissonantes. Destarte, estabeleceu-se uma forma de diálogo entre os participantes, que a cada reenvio do formulário conheçam as opiniões dos outros membros e a resposta coletiva apresentada a cada avaliação.

Os participantes puderam, neste vai e vem de respostas, alterar, sustentar e justificar suas opiniões até se atingir um consenso. As pesquisadoras participaram como interlocutoras neste processo ao enviarem os formulários a cada especialista, receberem as respostas, analisaram, compilaram as justificativas, reorganizando as novas informações no formulário para um novo envio até se atingir o nível de concordância em todos os domínios (PASQUALI *et al.*, 2001; SCARPARO, 2012; MARQUES; FREITAS, 2018).

A concordância entre os especialistas pode ser definida como o grau em que dois ou mais avaliadores, utilizando uma mesma escala de avaliação, apresentam uma classificação igual para uma mesma situação observada. É importante verificar se há um nível mínimo de concordância entre os especialistas para explicitar a confiabilidade de um processo avaliativo, pois se dois ou mais especialistas discordam muito em uma avaliação pode ser indicativo de uma falta de confiabilidade nos resultados (MATOS, 2014).

Quanto ao consenso entre os especialistas, a literatura na área da saúde aponta métodos diferentes para verificar o nível de concordância dos interobservadores durante o processo da validação de conteúdo de um instrumento. Dentre esses, destaca-se: Método de Porcentagem de Concordância, Índice de validade de conteúdo (IVC) e o Coeficiente de Kappa.

A validação de conteúdo é um passo fundamental no processo de desenvolvimento e adaptação de instrumentos de medidas (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). O HSWERM é um modelo teórico e a finalidade de aplicação do seu conteúdo na prática não é configurar como uma escala métrica ou um instrumento/teste de aferição com interpretação de escores, cuja técnica carece de procedimentos estatísticos que conferem estimativa de consistência ou de precisão (abordagens paramétricas). Assim sendo, a aplicação exata dos níveis de concordância não é importante para conferir a concordância entre os avaliadores deste estudo,

mas sim um meio para se obter um resumo da pontuação. A concordância entre especialistas neste estudo também foi importante para informar os resultados do processo de avaliação com o intuito de fornecer *feedback* aos seus avaliadores.

Portanto, empregou-se neste estudo o método porcentagem de concordância com uma taxa mínima aceitável de 80% entre os especialistas por ser uma estratégia de medida mais simples e que fornece informações facilmente calculadas.

Esta técnica atendeu aos objetivos deste estudo, pois garantiu a consistência (frequência com que dois ou mais avaliadores atribuíram a mesma classificação, isto é, o valor absoluto) entre as avaliações dos especialistas. Determinar a variabilidade individual de avaliação por especialista não foi importante para os fins desta pesquisa.

Inicialmente, as pesquisadoras elaboraram um formulário para a avaliação das equivalências por escala de medida (Likert) com uma estrutura intervalar de respostas de quatro ou cinco pontos. Esta escala contemplava respostas como “concordo totalmente, concordo, neutro, discordo e discordo totalmente”, o que conferia à resposta um caráter de neutralidade. Ao refletir que o indivíduo que manifesta “neutro” não indica concordância alguma (STEMLER, 2004) e ao efetuar uma análise pelo Modelo de Rasch para testar a adequação de resposta por uma escala de Likert, constatou-se que, para se obter uma avaliação fidedigna, a escala de quatro ou cinco pontos não discriminava suficientemente bem todos os intervalos. Com base nesse resultado, estes foram diminuídos para que os dados apresentassem melhor ajuste em todos os domínios do modelo traduzido. Por esse motivo, as pesquisadoras adaptaram o formulário para uma escala de três pontos, a saber, “1-Tradução Adequada (TA)”, “2-tradução parcialmente adequada (TPA)” e “3-tradução inadequada (TI)”.

Ressalta-se que cada domínio da primeira versão do modelo traduzido foi considerado com tradução adequada quando recebeu pontuação 1 na escala linear. Os domínios pontuados com 2 ou 3 foram considerados com tradução inadequada e sua adequação foi realizada a partir das sugestões apontadas pelos especialistas para esta versão.

Ao final da Etapa 4, a análise das versões traduzidas do modelo e a versão original realizada pelo comitê de especialistas e pesquisadoras permitiu chegar a um consenso que gerou a primeira versão (versão pré-final) do HSWERM-Brasil para testes de campo (pré-teste com a população-alvo).

#### **4.2.5 Etapa 5: Pré-teste do modelo transculturalmente adaptado**

Essa foi a última fase da equivalência semântica e visou verificar o entendimento que o público-alvo tem da primeira versão do modelo HSWERM-Brasil. Foi realizada ao aplicar a



avaliação da primeira versão do modelo a uma amostra da população em estudo (enfermeiros) com o objetivo de identificar palavras de difícil compreensão, avaliando sua aceitabilidade quanto aos conceitos e fatores ambientais do ambiente de trabalho, avaliando o modelo em geral quanto da sua adequabilidade para a área da saúde (BEATON *et al.*, 2007).

O pré-teste do modelo HSWERM-Brasil teve a aplicação da sua primeira versão (versão preliminar) na população-alvo (enfermeiros do HCPA) por Escala Likert de cinco pontos (APÊNDICE H). Direcionou-se a uma população similar para a qual o HSWERM foi originalmente idealizado, após o aceite em participar do estudo e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE I). Esta testagem, através de formulário avaliado por Escala Likert de cinco pontos, consistiu na última fase da equivalência semântica ao verificar o entendimento que o público-alvo tinha da primeira versão do modelo HSWERM-Brasil.

Nessa etapa, a validação de conteúdo se realizou pela avaliação dos termos utilizados pelo entendimento dos participantes da população que são alvo deste modelo. Os ajustes foram feitos com base em seus comentários.

#### 4.2.5.1 Cenário

Esta etapa do estudo foi realizada no Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA), instituição pública universitária do Ministério da Educação (MEC) e vinculada academicamente à Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) (HCPA, 2018).

Atua desde 1971 e é um dos principais esteios da assistência pública à saúde da população do Rio Grande do Sul. O HCPA foi pioneiro entre os hospitais universitários brasileiros ao receber em 2013 a certificação pela Acreditação Internacional da *Joint Commission International* (JCI). Esta certificação representa a adequação a padrões internacionais de atendimento, gestão, infraestrutura e qualificação profissional, com foco na qualidade e segurança de pacientes e profissionais.

Esta opção de serviço de saúde (HCPA) foi considerada apropriada como local para este estudo, pois o hospital investe em clima organizacional, tem plano de carreira, realiza *feedbacks* frequentes das avaliações com seus funcionários, desenvolve políticas de benefícios secundários (vale-refeição, vale-transporte, oferta de cursos de aperfeiçoamento e outros), divulga e acompanha as taxas de rotatividade e absenteísmo dos empregados.

#### 4.2.5.2 Participantes

Na etapa 5, a população do estudo foi composta pelos enfermeiros que atuam no HCPA. Esta escolha se justifica, pois os pesquisadores do modelo teórico original utilizaram uma síntese baseada em estudos internacionais e revisões de literatura sobre a força de trabalho de enfermagem em hospitais (REES *et al.*, 2015).

O HCPA possui 6.063 funcionários, dos quais 1.908 nos serviços de enfermagem: 717 enfermeiros, 1.320 técnicos de enfermagem e 120 auxiliares de enfermagem, distribuídos em 16 serviços e 44 setores de serviços.

A seleção da amostra considerou que o uso e sucesso da Técnica Delphi estão relacionados à qualificação dos participantes, sua experiência e conhecimento sobre a área específica do estudo, e não ao número de especialistas (SCARPARO, 2012).

O número de participantes sugerido para o pré-teste varia dependendo da literatura. Baiardini *et al.* (2010) sugerem que no mínimo dez indivíduos participem desta fase, enquanto Beaton *et al.* (2007) relatam que o ideal seria testar 30-40 participantes. A versão final do modelo traduzido e adaptada foi aplicado a uma amostra de 46 enfermeiros, para que sua compreensão pudesse ser verificada pela população-alvo (OLIVEIRA *et al.*, 2018).

A amostra foi escolhida por conveniência. Para o pré-teste foram convidados todos os 717 enfermeiros que trabalhavam no HCPA, devido às atribuições e atividades relativas ao cargo que ocupam, as quais têm relação com os domínios e conceitos tratados no modelo de resiliência a ser traduzido. São critérios de inclusão: enfermeiros que atuaram no HCPA por, pelo menos, seis meses e que aceitassem participar do estudo.

O recrutamento dos participantes elegíveis para o estudo e o contato inicial ocorreu por meio de convite digital para participação na pesquisa, enviado por *e-mail* pelo Grupo de Enfermagem do HCPA, em ambiente corporativo, a todos os enfermeiros do hospital. A aplicação dos formulários de pesquisa estava anexada a um *link* que direcionou os participantes à leitura e anuência do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F).

#### 4.2.6 Etapa 6: Comitê de especialistas (Delphi 2)

Na segunda rodada Delphi (Etapa 6 - Delphi 2), coube aos membros do comitê verificar concordância com versão gerada após a apreciação do modelo HSWERM-Brasil pela população-alvo (enfermeiros).

#### 4.3 COLETA DE DADOS

Após o parecer favorável dos Comitês de Ética em Pesquisa da UFRGS e do HCPA, a coleta de dados iniciou, por contato via correio eletrônico, com os tradutores bilíngues T1 e T2 para solicitação de participação. Após o aceite, foram enviados o modelo HSWERM original, uma planilha para o registro da tradução de cada domínio do modelo, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), o qual foi assinado pelos tradutores iniciais e encaminhado de volta para as pesquisadoras juntamente com as traduções T1 e T2 do modelo original.

De acordo com a proposta de um dos referenciais teóricos adotado (BEATON *et al.*, 2000), a um dos tradutores (T1) foi informado o objetivo do estudo, os conceitos e conteúdos subjacentes ao HSWERM no cenário original e discussão de sua possibilidade de adaptação para o contexto brasileiro, proporcionando uma maior perspectiva teórica da tradução. O tradutor T2 não recebeu a mesma informação prévia, com o intuito de garantir uma tradução com diferentes significados. Os tradutores realizaram as traduções independentes que foram posteriormente discutidas com as pesquisadoras, em uma sessão em ambiente virtual, domínio a domínio e unificadas em uma versão síntese (T12).

Em seguida, esta versão foi encaminhada aos tradutores T3 e T4, bilíngues, nativos no idioma inglês, fluentes no português do Brasil. A tradução síntese foi enviada via *e-mail*, juntamente com o TCLE e uma planilha, para realizarem duas retrotraduções independentes (BT1 e BT2) para o idioma inglês. Os retrotradutores eram leigos em relação ao conhecimento envolvendo o modelo HSWERM.

As versões retrotraduzidas em inglês foram avaliadas e discutidas pelas pesquisadoras com o objetivo de verificar a sua equivalência com o modelo original. Esta etapa visa à harmonização (WILD *et al.*, 2005) entre as traduções, ao comparar se as traduções retrógradas em inglês com o modelo original, apresenta discrepâncias. Busca-se, assim, abranger uma abordagem consistente e coerente com o modelo original, apresentam discrepâncias. As pesquisadoras não constaram divergências expressivas de significados entre as retrotraduções e o modelo original que demandassem ajustes. Após a harmonização destas versões, o modelo traduzido e as traduções retrógradas para a língua inglesa foram enviados para a autora principal, para suas considerações. As traduções retrógradas foram avaliadas e algumas palavras e expressões sofreram modificação de acordo com as sugestões desta autora.

Posteriormente, a primeira versão do modelo traduzido foi encaminhada para revisão do comitê de especialistas para reavaliação das equivalências entre a versão original e a adaptada (rodadas Delphi). As equivalências foram avaliadas individualmente por meio de

questões abertas do formulário enviado aos membros do comitê. Para esta etapa estabeleceu-se um prazo de 30 dias para devolução do material encaminhado, que foi respeitado por 100% dos especialistas.

A primeira rodada Delphi com o comitê consistiu na avaliação e discussão dos conceitos e itens entre o modelo traduzido e o original com foco nas possíveis diferenças apresentadas entre as duas culturas (a fonte e a alvo), brasileira e a do idioma inglês, bem como das questões relacionadas aos conceitos e fatores ambientais da resiliência da força de enfermagem. Inicialmente visou apresentar aos especialistas os conceitos e definições teóricas que embasam cada domínio do modelo HSWERM.

Foram avaliados pelos especialistas sete itens (título e domínios 1 a 6) do modelo traduzido quanto a quatro tipos de equivalências. Cada equivalência recebeu uma opção dentre as seguintes respostas (TA=tradução adequada, TPA=tradução parcialmente adequada ou I=tradução inadequada).

Os especialistas verificaram a equivalência rediscutindo os aspectos relacionados a cada tipo de equivalência até atingir um consenso e gerar uma versão para ser testada na população-alvo para qual o modelo foi originalmente criado: os enfermeiros. Não houve retestagem. O pré-teste, aplicado a uma amostra aleatória de 46 enfermeiros do cenário em estudo, teve como base as recomendações de boas práticas para tradução e adaptação transcultural de Wild *et al.* (2005), os quais orientam que o desdobramento cognitivo é considerado satisfatório a partir de um quantitativo de cinco a oito pessoas. A captação destes enfermeiros ocorreu por intermédio do Grupo de Enfermagem do HCPA, por envio de *e-mail* em ambiente corporativo.

O pré-teste foi realizado com o objetivo de verificar a clareza, a compreensão e a aceitabilidade do modelo traduzido junto aos enfermeiros. Buscou-se identificar algum problema de entendimento ou dúvidas por parte destes, ao lerem o modelo traduzido. Foi enviado um formulário virtual, autopreenchido, composto pelo modelo traduzido e questões relativas ao desdobramento cognitivo de seus domínios.

Vale ressaltar que para cada etapa da ATC foram desenvolvidos especialmente para este estudo formulários para coleta das avaliações das equivalências e verificação da concordância entre especialistas (APÊNDICE D) e pré-teste (APÊNDICE E) junto aos enfermeiros.

Foram formulários elaborados com questões de múltipla escolha para a coleta de dados sociodemográficos e ocupacionais e questões dissertativas para que os respondentes apresentassem suas opiniões e justificativas de avaliação ou discordâncias. As questões

discursivas argumentaram sobre as traduções e possíveis sugestões de modificações para melhor entendimento das versões traduzidas. Também foram preenchidos relatórios para registrar todo o processo de análise das traduções e validação das versões do modelo traduzido [Ver em (APÊNDICE H) um dos modelos apresentados].

Em razão da pandemia covid-19 a coleta de dados teve que ser alterada de presencial para virtual. Por isso, anteriormente ao pré-teste foi realizado um estudo piloto do formulário com seis enfermeiros (assistenciais e chefias) não incluídos na amostra em estudo, para discutir as dúvidas que foram suscitadas quanto à estrutura e questões do formulário, em uma situação de *brainstorming*. O objetivo foi avaliar a estrutura deste formulário desenhado para a etapa da coleta de dados em ambiente virtual, como também para as pesquisadoras se familiarizarem com a coleta *on-line*, analisarem as respostas manifestadas e vivenciarem o diálogo com os enfermeiros participantes da pesquisa.

Após a aplicação do estudo piloto e antes da decisão final de utilizar o formulário, as pesquisadoras discutiram como foi seu resultado, as dúvidas suscitadas, se este validava o planejado, se precisava ser modificado/ajustado e se fora desenhado como metodologia que possibilitou atingir o objetivo da ATC. Após esta análise e reflexões sobre o processo de aplicação do formulário, optou-se por avaliar o modelo traduzido domínio a domínio ao invés de item por item.

A coleta de dados ocorreu por meio digital, a partir da tradução do Modelo HSWERM e aplicação de formulários específicos, no período de agosto de 2020 a março de 2021.

Após o parecer favorável dos Comitês de Ética em Pesquisa da UFRGS (ANEXO D) e do HCPA (ANEXO E) e antes de iniciar a coleta de dados, foi enviado ao Grupo de Enfermagem do HCPA a apresentação da pesquisadora, dos objetivos do estudo e dos aspectos éticos. A autorização se formalizou com o disparo do *e-mail* convite, contendo o *link* do formulário da pesquisa a todos os enfermeiros da instituição para convidá-los a participar da pesquisa. Ao acessar este *link*, o participante dispôs inicialmente de orientações e explicações detalhadas sobre o preenchimento do formulário a fim de dirimir dúvidas sobre sua compreensão.

#### 4.4 ANÁLISE

Cada versão das traduções e retrotraduções necessárias ao processo de tradução e ATC foram apresentadas em quadros e analisadas de forma descritiva, assim como a mensuração do nível de concordância entre os especialistas. Em seguida, calcularam-se a frequência e médias das concordâncias entre os especialistas, por domínios avaliados no modelo e total,

para todas as equivalências. Ademais, as justificativas e sugestões propostas pelo comitê de especialistas e enfermeiros foram compiladas do formulário do aplicativo e registradas em quadros do programa Word. Os domínios que atingiram nível de concordância igual ou acima de 0,80 (IVC), foram considerados como adequados e expressaram consenso. Itens que divergiram do modelo original e não atingiram este valor foram revisados e alterados pelos especialistas e pesquisadores.

Para agregar valor às análises de conteúdo realizadas pelos especialistas, foram incorporadas estratégias qualitativas, isto é, as sugestões de ajustes propostas pelos avaliadores, visto que a versão traduzida expressa o consenso entre eles (LINO *et al.*, 2017).

Utilizaram-se medidas de tendência central (frequência, média, porcentagem) para descrever o nível de concordância entre especialistas do comitê e as características sociodemográficas dos enfermeiros participantes do pré-teste.

#### 4.5 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Foram observadas as normas da Resolução n. 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) a qual rege pesquisas envolvendo seres humanos. Os participantes da pesquisa receberam um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), distinto para os enfermeiros e tradutores. O TCLE foi enviado aos participantes através de *link* eletrônico juntamente com o *e-mail* convite para a participação na pesquisa.

O formulário preenchido e os termos de consentimento foram armazenados na plataforma eletrônica *Google Forms*® e salvos em arquivo no formato *portable document format* (PDF). Esse material será guardado por cinco anos pela pesquisadora.

Não foi realizada qualquer forma de pagamento ou recebimento de gratificações em virtude da participação na pesquisa, exceto aos tradutores que foram contratados à guisa de prestadores de serviços, para a realização de uma obra de encomenda (tradução). Sem ferir o regime de direitos autorais, uma vez que a ATC é uma criação intelectual nova, derivada da transformação de obra originária.

Esta pesquisa teve caráter acadêmico, sendo a participação voluntária e não envolveu nenhum tipo de benefício direto (financeiro) ao participante, exceto a possibilidade de melhoria nas condições e ambiente laboral. Os subsídios fornecidos tanto para a construção de conhecimento como também pela possibilidade de elaboração de um diagnóstico de situação de trabalho, poderão contribuir numa perspectiva de promoção da resiliência dos trabalhadores, favorecendo o processo o desempenho em suas atividades.

Participar do estudo expôs os convidados a riscos mínimos como cansaço e algum desconforto. A integridade dos participantes da pesquisa com relação a danos temporários e permanentes foi resguardada, uma vez que tiveram o livre direito de escolha mesmo depois do aceite em participar da pesquisa, e a qualquer momento, poderiam retirar-se desta.

Para garantir o anonimato dos participantes, as respostas ao formulário foram numeradas de E 1 a E 46, no caso do pré-teste. E quanto aos tradutores foram identificados por tradutor T1 e T2, T3 e T4.

O projeto foi submetido e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAAE 16100919.0.0000.5347) e ao Comitê de Ética do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CAAE 16100919.0.3002.5327).

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considera-se que este estudo atingiu seu objetivo, a partir da experiência de validação das equivalências do modelo HSWERM-Brasil com níveis de concordância que refletiram a sua adequabilidade de acordo com a avaliação de especialistas.

Dentre os pontos fortes desta ATC, destacam-se a adoção de referenciais metodológicos, o cumprimento e detalhamento dos procedimentos adotados em todo o processo. Estes referenciais guiaram toda a execução da ATC com vistas a atingir maior equivalência entre o modelo original e sua versão traduzida, de forma a evitar distorções, ainda que sutis.

O processo de ATC do modelo HSWERM avaliou as duas línguas (original e alvo) e as questões culturais de um modelo teórico para o uso em outro cenário. A ATC confirmou ser um estudo com processo criterioso, que despence investimento e requer tempo, mas que atualmente, é a melhor maneira de obter uma equivalência e permitir a utilização do modelo adaptado por todos os profissionais incapazes de utilizar o modelo em inglês.

As pesquisadoras acreditam que foi a melhor e mais adequada maneira de garantir uma equivalência e interpretação comum dos construtos do modelo idealizado. Neste contexto, o presente estudo realizou a ATC de forma que o modelo HSWERM se torne acessível a todos os profissionais brasileiros da área de saúde e para outra cultura.

Este planejamento metodológico foi importante, pois a tradução literal poderia levar ao desenvolvimento de um modelo não equivalente ao original. A falta de equivalência limita a comparação de respostas entre populações distantes pelo idioma e pela cultura, em especial em um país com uma cultura plural, com tantas desigualdades sociais e condições de trabalho como o Brasil.

As investigadoras reconhecem que os especialistas que participaram da revisão e avaliação do modelo traduzido despenderam um investimento profissional no estudo e consideraram como uma cortesia retribuída informar os especialistas sobre o desempenho subsequente dos instrumentos que revisaram, bem como os resultados do estudo.

No que se refere às limitações deste estudo, destaca-se que o momento de emergência global, decorrente do contexto da pandemia covid-19, trouxe implicações para a condução de pesquisas em geral e gerou obstáculos na concretização da coleta de dados deste estudo devido à baixa participação dos enfermeiros na etapa do pré-teste e o aceite ao convite para compor o comitê no momento da realização da avaliação das equivalências.

A não adesão à participação no estudo foi justificada por muitos enfermeiros que alegaram não estarem em condições emocionais ou físicas e sem tempo disponível para



avaliar o modelo de resiliência. Ainda se soma a rotatividade e o elevado número de enfermeiros recém-contratados, pouco familiarizados com o trabalho no HCPA.

Entretanto, como uma forma de superar estas limitações buscou-se ampliar o tempo de aceitação de respostas para a coleta de dados e reforçar no convite a importância da resiliência neste momento de emergência global. Também houve a preocupação das pesquisadoras em apresentar formulários mais objetivos como os aplicativos *on-line* que tornaram o ato de responder mais dinâmico ao reduzir o tempo de resposta, além da estética mais atrativa e colorida.

O processo percorrido por essa tese de doutoramento permitiu concluir uma ATC válida e confiável para a aplicação no contexto brasileiro que, ao fornecer um modelo que possa ser utilizado na qualificação das condições do ambiente de trabalho, possa promover a resiliência dos trabalhadores de saúde, constituindo importante contribuição para a gestão de serviços e para a formulação de políticas.

### **Implicações para a prática, translação do conhecimento e recomendações de futuras pesquisas**

O HSWERM-Brasil tem implicações para as organizações de saúde, educação em enfermagem e gestão em enfermagem. O modelo de resiliência adaptado é abrangente e permitirá a sua aplicação no Brasil, evitando assim um viés de seleção em relação ao emprego do modelo original voltado para outra cultura. A ATC do modelo HSWERM para a língua portuguesa apresentou fundamento suficiente para que seja dada continuidade a validação do modelo em outros contextos extra-hospitalares no país.

Após a publicação do modelo HSWERM traduzido, sugere-se que ele seja aplicado por outros pesquisadores em diferentes grupos de trabalhadores ou em outras populações, em cenários distintos da área da saúde, permitindo uma maior capacidade de generalização de seus constructos e referendando sua pertinência não só para a enfermagem.

Esta ATC contribuirá para a realização de outros estudos metodológicos e multiculturais e assim permitirá uma maior equidade na avaliação dos construtos do modelo teórico.

Pesquisas adicionais sobre a contribuição de modelos teóricos ou estruturas conceituais da resiliência em ambientes de trabalho diversos podem ser valiosas para propor alterações no modelo, não no sentido de corrigi-lo, mas de ampliá-lo ou ajustá-lo.

Recomenda-se que futuras pesquisas se dediquem a analisar o desempenho e viabilidade de aplicação concreta do HSWERM-Brasil na prática, avaliando os possíveis

resultados, efetividade, custo e benefício. Destaca-se que o HSWERM não possui instruções quanto a sua aplicação e operacionalização na prática. Portanto, no sentido de valorizar a sua utilização, é desejável a proposição de um rol de orientações que norteiem o gestor para o uso parcial ou total do modelo.

O modelo de resiliência HSWERM-Brasil tem consistência científica teórica e metodológica para legitimar decisão pautada em conhecimento científico atualizado. Portanto, teoria, conhecimento e prática devem estar interligados para dar suporte às profissões.

Considerando os múltiplos caminhos possíveis para sua aplicação, sugere-se sua utilização como ferramenta na construção de indicadores sobre a qualidade do ambiente de trabalho ou na acreditação hospitalar.

A literatura aponta que o consumo de resultados de pesquisa é lento no cenário laboral e sofre influência da valorização da força de trabalho dentro da dinâmica organizacional. Considerando os pressupostos da promoção da saúde do trabalhador no contexto do SUS, é pertinente dispor de modelos de resiliência validados, em particular neste momento em que há pressão de órgãos internacionais para a utilização de evidências científicas que fomentem ações para minimizar os efeitos da pandemia covid-19. O consumo desta pesquisa pelos gestores ou enfermeiros assistenciais constitui possibilidade para o desenvolvimento e retenção do capital humano envolvido no atendimento a esta demanda emergente de saúde.

## REFERÊNCIAS

- AIHW. **Recommendations for the cross-cultural adaptation of health status measures**. New York: American Academy of Orthopedic Surgeon, Institute for Work & Health, 2002.
- AIRES, M. *et al.* Transcultural adaptation of the filial responsibility interview schedule for Brazil. **International Nursing Review**, n. 59, p. 266-73, 2012.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061-8, 2011.
- ALMEIDA, F. A.; BRITO, F. A.; ESTABROOKS, P. A. Modelo RE-AIM: Tradução e Adaptação cultural para o Brasil. **REFACS**, v. 1, n. 1, p. 6-16, 2013.
- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (2018). **The road to resilience**. Disponível em: <https://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>10/20/2018. Acesso em: 30 ago. 2021.
- ANNELLI, A. *et al.* Resiliência relacionada à profissão de enfermagem. **Saúde**, v. 47, n. 1, 2021.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: Informação e documentação – Trabalhos acadêmicos – Apresentação. Rio de Janeiro: ABNT, 2011. 7 p.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6022**: Informação e documentação - Artigo em publicação periódica científica impressa - Apresentação. Rio de Janeiro: ABNT, 2018. (p. 5).
- AZZOLIN, K. *et al.* Consenso de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para pacientes com insuficiência cardíaca em domicílio. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 33, n. 4, p. 56-63, 2012.
- BADU, E. *et al.* Workplace stress and resilience in the Australian nursing workforce: a comprehensive interative review. **Int J Mental Health Nurs**, v. 29, p. 5-34, 2020.
- BAIARDINI, I. *et al.* Recommendations for assessing patient-reported outcomes and health-related quality of life in clinical trial sonallergy: a GA (2) LEN taskforce position paper. **Allergy**, v. 65, n. 3, p. 290-5, 2010.
- BAKA, A.; FIGGOU, L.; TRIGA, V. ‘Neither agree, nor disagree’: a critical analysis of the middle answer category in voting advice applications. **International Journal Governance**, v. 5, n. 3/4, p. 244-63, 2012.
- BARASA, E.; MBAU, R.; GILSON, L. What Is Resilience and How Can It Be Nurtured? A Systematic Review of Empirical Literature on Organizational Resilience. **International Journal of Health Policy and Management**, v. 7, n. 6, p. 491-503, 2018. Published 2018 Jun 1. doi:10.15171/ijhpm.2018.062018.
- BARRETO, I. S; KREMPEL, M. C; HUMEREZ, D. C. O Cofen e a Enfermagem na América Latina. **Rev Enfermagem em Foco**, v. 2, n. 4, p. 251-4, 2011.

BATISTA, I. L.; SALVI, R. F.; LUCAS, L. B. Modelos científicos e suas relações com a epistemologia da ciência e a educação científica. *In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM EDUCAÇÃO EM CIÊNCIAS*, 8, 2011.

BEATON, D. E. *et al.* Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, v. 25, n. 24, p. 3186-91, 2000.

BEATON, D. *et al.* **Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & Quick DASH Outcome Measures**. Institute for Work & Health. Revisado em: 12 de junho, 2007.

BENNER, P. **From novice to expert**. Excellence and power in clinical nursing practice. Menlo Park: Addison-Wesley, 1984.

BERNARDO, E. B. R. *et al.* Percurso metodológico para tradução e adaptação de escalas na área de saúde sexual e reprodutiva: uma revisão integrativa. **Rev Bras Enferm**, v. 66, n. 4, p. 592-98, 2013.

BEZERRA, T. C. A. *et al.* Avaliação de programas de formação profissional em saúde: construção e validação de indicadores. **Trab Educ Saúde**, v. 14, p. 445-72, 2016.

BONANNO, G. Loss, trauma and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? **American Psychologist**, v. 59, p. 20-8, 2004.

BORSA, J. C. D.; BANDEIRA, B. F.; RUSCHEL, D. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. **Paidéia**, v. 22, n. 53, p. 423-32, 2012.

BORSA, Juliane Callegaro; DAMÁSIO, Bruno Figueiredo; BANDEIRA, Denise Ruschel. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: algumas considerações. **Paidéia (Ribeirão Preto) [online]**, v. 22, n. 53, p. 423-32, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300014>. Acesso em: 30 ago. 2021. Epub 25 Mar 2013. ISSN 1982-4327. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2012000300014>.

BOWDEN, A.; FOX-RUSHBY, J. A. Uma revisão sistemática e crítica do processo de tradução e adaptação de medidas genéricas de qualidade de vida relacionadas à saúde na África, Ásia, Europa Oriental, Oriente Médio, América do Sul. **Soc Sci Med**, v. 57, p. 1289-306, 2003.

BOWLES, J. R. *et al.* The role of the nurse leader in advancing the quadruple aim. **Nurse Leader**, v. 16, n. 4, p. 244-8, 2018.

BRANDÃO, J. M.; MAHFOUD, M.; GIANORDOLI, N. I. F. A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. **Paidéia**, v. 21, p. 263-71, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: CNS, 2012.

BROWN, Kirk Warren; RYAN, Richard M.; CRESWELL, J. David. Addressing Fundamental Questions About Mindfulness. **Psychological Inquiry**, v. 18, n. 4, p. 272-81, 2007. DOI: 10.1080/10478400701703344

BURGESS, A.; VAN DIGGELE, C.; MELLIS, C. Mentorship in the health professions: a review. **Clin Teach**, v. 15, p. 197-202, 2018.

CALDAS, Vescia Vieira de Alencar *et al.* Translation, cultural adaptation and psychometric evaluation of the Leganés cognitive test in a low educated elderly Brazilian population. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria [online]**, v. 70, n. 1, p. 22-7, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2012000100006>. Acesso em: 30 ago. 2021. Epub 05 Jan 2012. ISSN 1678-4227. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2012000100006>.

CAPPELLEN, Patty Van *et al.* Positive affective processes underlie positive health behaviour change. **Psychology & Health**, v. 33, n. 1, p.77-97, 2018.  
DOI: 10.1080/08870446.2017.1320798

CARO, M. M. *et al.* Empathy, loneliness, burnout, and life satisfaction in chilean nurses of palliative care and homecare services. [S.l.]: Enfermería Clínica (English Edition), 2017.

CHAMPAGNE, F. *et al.* Modelizar as intervenções. In: BROUSSELLE, A. *et al.* (Org.). **Avaliação: conceitos e métodos**. [S.l., s.n.], 2011. (p. 61-74).

CHANG, L.; SHIH, C.; LIN, S. The mediating role of psychological empowerment on job satisfaction and organizational commitment for school health nurses: a cross-sectional questionnaire survey. **International Journal of Nursing Studies**, v. 47, n. 4, p. 427-33, 2010.

CHAVEZ, L. J. E. *et al.* O uso de técnicas qualitativas na adaptação transcultural de instrumentos em saúde mental. In: ANAIS DO CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE COLETIVA, 2018, Rio de Janeiro. **Anais eletrônicos...** Campinas, Galoá, 2018.

COOPER, A. L. *et al.* Nurse resilience: a concept analysis. **Int J Mental Health Nurs**, v. 29, p. 553-75, 2020.

COOPER, Alannah L.; BROWN, Janie A.; LESLIE, Gavin D. Resiliência da enfermeira para a prática clínica: uma revisão integrativa. **Journal of Advanced Nursing**, v. 6, p. 2623-40, 2021a.

COOPER, Alannah L.; BROWN, Janie A.; LESLIE, Gavin D. O impacto dos valores organizacionais na resiliência da enfermeira: um estudo de métodos mistos. **Journal of Nursing Management**, 2021b.

CRUZ, E. J. E. R. *et al.* Resiliência como objeto de estudo da saúde do trabalhador: uma revisão narrativa. **Cuidado é fundamental**, v. 10, n. 1, p. 283-8, 2018.

CUSACK, L. *et al.* Exploring Environmental Factors in Nursing Workplaces That Promote Psychological Resilience: Constructing a Unified Theoretical Model. **Frontiers in Psychology**, v. 7, p. 600, 2016.

DALMORO, M. Dilemas na Construção de Escalas Tipo Likert: o Número de Itens e a Disposição Influenciam nos Resultados. **Revista Gestão Organizacional**, v. 6, n. 2000, p. 161-74, 2008.

DAVEY, Z.; JACKSON, D.; HENSHALL, C. The value of nurse mentoring relationships: lessons learnt from a work-based resilience enhancement programme for nurses working in the forensic setting. **Int J Mental Health Nurs**, v. 29, p. 992-1001, 2020.

DELGADO, C. *et al.* Workplace resilience and emotional labour of Australian mental health nurses: results of a national survey. **Int J Mental Health Nurs**, v. 29, p. 35-46, 2020.

DEMO, G.; OLIVEIRA, A. F.; COSTA, A. C. Resiliência no trabalho: revisão bibliométrica sistemática no contexto brasileiro e itinerários da produção nacional. **Rev. Psicol.**, v. 17, n. 3, p. 180-9, 2017.

DORTAS JUNIOR, Sérgio Duarte *et al.* Adaptação transcultural e validação de questionários na área da saúde. **Braz J Allergy Immunol.**, v. 4, n. 1, p. 26-30, 2016.

DUARTE, T. **A possibilidade da investigação a 3**: reflexões sobre triangulação (metodológica). Centro de Investigação e Estudos de Sociologia -ISCTE, (CIES e-WORKING PAPER, 60, 2009).

EDWARD, K. Resilience: a protector from depression. **Journal of the American Psychiatric Nurses Association**, v. 11, n. 4, p. 241-3, 2005. doi: 10.1177 / 1078390305281177

EPSTEIN, J.; SANTO, R. M.; GUILLEMIN, F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaire should not bring out a consensus. **J Clin Epidemiol**, v. 68, n. 4, p. 435-41, 2015.

EREMENCO, S. L.; CELLA, D.; ARNOLD, B. J. A comprehensive method for the translation and cross-cultural validation of health status questionnaires. **Eval Health Prof.**, v. 28, n. 2, p. 212-32, 2005. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0163278705275342>. Acesso em: 30 ago. 2021. PMID:15851774. <http://dx.doi.org/10.1177/0163278705275342>

ESHER, A. *et al.* Construindo critérios de julgamento em avaliação: especialistas e satisfação dos usuários com a dispensação do tratamento do HIV/Aids. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 17, p. 203-14, 2012.

FABRÍCIO-WEHBE, Suzele Cristina Coelho *et al.* Cross-cultural adaptation and validity of the “Edmonton Frail Scale - EFS” in a Brazilian elderly sample. **Revista Latino-Americana de Enfermagem [online]**, v. 17, n. 6, p. 1043-9, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000600018>. Acesso em: 30 ago. 2021. Epub 22 Jan 2010. ISSN 1518-8345. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000600018>

FARSEN, T. C.; COSTA, A. B.; SILVA, N. S. Resiliência no trabalho no campo da Psicologia: um estudo bibliométrico. **Psicología desde el Caribe**, v. 35, n. 1, p. 80-101, 2018.

FEHRING, R. J. Symposium of validation models: the Fehring model. *In*: CARROLL JOHNSON, R. M.; PAQUETTE, M. **Classification of nursing diagnoses**: proceedings of the tenth conference conference of North American Nursing Diagnosis Association. Philadelphia, EUA: Lippincott Company, 1994. (p. 55-62).

FERNANDES, Maria Neyrian de Fátima. **Tradução, adaptação transcultural e validação da Langer Mindfulness Scale de avaliação de Mindfulness**. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) — Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2019.

FERREIRA, L. *et al.* Guia da AAOS/IWH: sugestões para adaptação transcultural de escalas. **Aval. psicol.**, v. 13, n. 3, p. 457-61, 2014.

FONTINHAS, J. E.; CARDOSO, J. M. M. O estresse no trabalho do enfermeiro. **Revista Uningá**, v. 51, n. 1, 2018.

FORTES, C. P. D.; ARAUJO, A. P. Q. C. Checklist para tradução e adaptação transcultural de questionários em saúde. **Cad. saúde colet.**, v. 27, n. 2, p. 202-09, 2019.

FOUREZ, G. A. **A construção das ciências**: introdução a filosofia e à ética das ciências. São Paulo: Unesp, 1998.

GARCIA-DIA, M. J. *et al.* Análise de conceito: resiliência. **Arco. Psychiatr. Nurs.**, v. 27, p. 264-70, 2013. doi: 10.1016 / j.apnu.2013.07.003

GETHIN, R. Buddhist conceptualizations of mindfulness. *In*: BROWN, K. W.; CRESWELL, R. M.; RYAN, J. D. (Ed.). **Handbook of mindfulness: theory, research, and practice**. [S.l.]: The Guilford Press, 2015. (p. 9-41).

GILLESPIE, B. M. *et al.* Resilience in the operating room: developing and testing of a resilience model. **Journal of Advanced Nursing**, v. 59, p. 427-38, 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2007.04340.x>. Acesso em: 30 ago. 2021.

GILLESPIE, Mary; PETERSON, Barbara L. Ajudando enfermeiras novatas a tomar decisões clínicas eficazes: a estrutura de tomada de decisão clínica situada. **Perspectiva da Educação em Enfermagem**, v. 30, ed. 3, p. 164-70, maio 2009.

GIUSTI, E.; BEFI-LOPES, D. M. Tradução e adaptação transcultural de instrumentos estrangeiros para o Português Brasileiro (PB). **Pró-Fono Revista de Atualização Científica**, v. 20, n. 3, p. 207-10, 2008.

GOSLING, M.; GONÇALVES, C. A. Modelagem por equações estruturais: conceitos e aplicações. **Revista FACES**, v. 2, n. 2, p. 83-95, 2003.

GRECO, P. B. T. **Adaptação transcultural para a língua portuguesa do Brasil da Resilience atwork scale (rawscale)**. Tese (Doutorado em Enfermagem) — Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2018.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J Clin Epidemiol.**, v. 46, n. 12, p. 1417-32, 1993.

GÜNTHER, H. Pesquisa Qualitativa versus Pesquisa Quantitativa. Esta é a questão? **Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 2, p. 201-10, 2006.

HABIB, A. A.; ZAHRA, S. A. The Influence of Organizational Culture on Resilience by Mediatory Effects of Occupational Stress, Job Satisfaction, and Burnout in Nurses: Structural Equation Modeling. **Iranian Red Crescent Medical Journal**, v. 22, n. 6, 2020.

HAMBLETON, R. K. Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests in to multiple languages and cultures. *In*: HAMBLETON, R. K.; MERENDA, P. F.; SPIELBERGER, C. D. (Ed.). *Adapting educational and psychological tests for cross-cultural assessment*. Mahwah, NJ: [s.n.], 2005. (p. 3-38).

HART, P. L.; BRANNAN, J. D.; DE CHESNAY, M. Resilience in nurses: an integrative review. **Journal of Nursing Management**, v. 22, p. 720-34, 2014.

HARTWIG, A. *et al.* Workplace team resilience: a systematic review and conceptual development. **Organizational Psychology Review**, v. 10, n. 3-4, p. 169-200, 2020.

HAYES, B.; BONNER, A.; PRYOR, J. Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature. **Journal of Nursing Management**, v. 18, p. 804-14, 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01131.x>. Acesso em: 30 ago. 2021.

HEATH, C.; SOMMERFIELD, A.; VON UNGERN-STERNBERG, B. S. Resilience strategies to manage psychological distress among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a narrative review. **Anaesthesia**, v. 75, p. 1364-71, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/anae.15180>. Acesso em: 30 ago. 2021.

HENSHALL, Catherine *et al.* Nursing resilience interventions - a way forward in challenging healthcare territories. **Journal of clinical nursing**, v. 29, p. 19-20, 2020. (3597-3599). doi:10.1111/jocn.15276

HERDMAN, M.; FOX-RUSHBY, J.; BADIA, X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. **Qual Life Res**, v. 7, p. 323-35, 1998.

HERITAGE, B. *et al.* A re-examination of the individual differences approach that explains occupational resilience and psychological adjustment among nurses. **J Nurs Manag.**, v. 27, p. 1391-9, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.12820>. Acesso em: 30 ago. 2021.

HERNÁNDEZ-NIETO, R. A. *et al.* **Contributions to Statistical Analysis**. Mérida: Universidad de Los Andes, 2002.

HICKMAN, Louise. The resilient nurse: empowering your practice. **Contemporary Nurse: a Journal for the Australian Nursing Profession**, Maleny, v. 45, ed. 1, p. 144, Aug 2013.



HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE (HCPA). **Serviços de enfermagem**. Disponível em: <https://www.hcpa.edu.br/assistencia-apresentacao/assistencia-servicos-de-enfermagem>. Acesso em: 10 abr. 2019.

HÜLSHEGER, U. R. *et al.* Benefits of mindfulness at work: the role of mindfulness in emotion regulation, emotional exhaustion, and job satisfaction. **Journal of Applied Psychology**, v. 98, n. 2, p. 310-25, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/a0031313>. Acesso em: 30 ago. 2021.

INOUE, K. C. *et al.* Qualidade de vida e no trabalho de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Uningá**, v. 16, n. 1, 2018.

IRIGARAY, Hélio Arthur Reis; PAIVA, Kely Cesar Martins de; GOLDSCHMIDT, Cristina Chaves. Resiliência organizacional: proposição de modelo integrado e agenda de pesquisa. **Cadernos EBAPE.BR [online]**, v. 15, n. spe, p. 390-408, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1679-395158881>. Acesso em: 30 ago. 2021. Epub Set 2017. ISSN 1679-3951. <https://doi.org/10.1590/1679-395158881>.

JACKSON, D.; FIRTKO, A.; EDENBOROUGH, M. Personal resilience as a strategy for surviving and thriving in the face of workplace adversity: a literature review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 60, n. 1, p. 1-9, 2007. doi: 10.1111/j.1365-2648.2007.04412.x

JAIMES, M. C. El método Delphi: cuando dos cabezas piensan más que una en el desarrollo de guías de práctica clínica. **Rev Colomb Psiquiatr**, v. 38, p. 185-93, 2009.

KESTER, K.; WEI, H. Building nurse resilience. **Nursing Management**, v. 49, n. 6, p. 42-5, 2018.

KESZEI, A. P.; NOVAK, M.; STREINER, D. L. Introduction to health measurement scales. **J Psychosom Res**, v. 68, n. 4, p. 319-23, 2010.

KNORST, C. **Resiliência: instrumentos de avaliação no contexto brasileiro**. 2012. Monografia (Especialização em Psicologia Avançada) — Escola de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil, 2012.

KUMPFER, K. L. Fatores e processos que contribuem para a resiliência. *In*: GLANTZ, M. D.; JOHNSON, J. L. (Ed.). Resilience and development. Longitudinal research in the social and behavioral sciences: an interdisciplinary series. Springer, Boston, MA: [s.n.], 2002. Disponível em: [https://doi.org/10.1007/0-306-47167-1\\_9](https://doi.org/10.1007/0-306-47167-1_9). Acesso em: 30 ago. 2021.

LAGE, L. V.; LEVY, R. A.; CICONELLI, R. M. Instrumentos de avaliação em reumatologia: importância de sua tradução e validação para nosso idioma. **Rev Bras Reumatol**, v. 46, n. 4, p. 237, 2006.

LEE, A.; VARGO, J.; SEVILLE, E. Developing a tool to measure and compare organizations' resilience. **Nat. Hazards Rev.**, v. 14, n. 1, p. 29-41, 2013. DOI: 10.1061/(ASCE)NH.1527-6996.0000075

LEITE, S. S. *et al.* Construction and validations of na Educational Coment Validation Instrument in Health. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 7, n. 4, p. 635-41, 2018.

LIMA, D. A.; LOURENÇO, R. A. Cross-cultural adaptation of section A of the Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly-Revised Version (CAMDEX-R) for dementia diagnosis]. **Cad Saude Publica**, v. 26, p. 1345-54, 2010.

LIMA, E. B. A. **A tradução de siglas e acrônimos em textos acadêmicos de ciências da saúde**. 2019. Monografia (Bacharelado em Tradução) — Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2019. (p. 57).

LINO, C. R. M. *et al.* Adaptação transcultural de instrumentos de pesquisa conduzida pela enfermagem do Brasil: uma revisão integrativa. **Texto contexto - enferm.**, v. 26, n. 4, e1730017, 2017.

LOWE, L. D. Creating a caring work environment and fostering nurse resilience. **International Journal for Human Caring**, v. 17, n. 4, p. 52-9, 2013.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nursing Research**, v. 35, n. 6, p. 382-5, 1986.

MACEDO, S. B. Quantos pontos são necessários? Um estudo comparativo de escalas Likert, do tipo Likert e semântica. **Revista Horizontes Interdisciplinares Da Gestão**, v. 4, n. 2, p. 104-19, 2020.

MACH, K. J. *et al.* Unleashing expert judgment in assessment. **Glob Environ Change**, v. 44, p. 1-14, 2017.

MACHADO, M. H.; VIEIRA, A. L. S.; OLIVEIRA, E. Construindo o perfil da enfermagem. **Enfermagem em Foco**, v. 3, n. 3, p. 119-22, 2012.

MACHADO, M. H. *et al.* Características gerais da enfermagem: o perfil sociodemográfico. **Enferm Foco**, v. 6, n. 4, p. 11-7, 2015.

MACHADO, R. C.; GUERRA, G. M.; BRANCO, J. N. R. Validação de protocolo para assistência a pacientes com balão intra-aórtico. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n. esp 1, p. 13-9, 2012.

MACHADO, R. S. *et al.* Métodos de adaptação transcultural de instrumentos na área da enfermagem. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 8, n. 39, p. e2017, 2018.

MARQUES, Joana Brás Varanda; FREITAS, Denise de. Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação1 1 Apoio: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). **Pro-Posições [online]**, v. 29, n. 2, p. 389-415, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>. Acesso em: 30 ago. 2021. ISSN 1980-6248. <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>.

MATAS, A. Diseño del formato de escalas tipo Likert: un estado de lacuestión. **REDIE, Ensenada**, v. 20, n. 1, p. 38-47, 2018.

MATOS, D. A. S. Confiabilidade e concordância entre juízes: aplicações na área educacional. **Est. Aval. Educ.**, v. 25, n. 59, p. 298-324, 2014.

MCALLISTER, Margaret.; LOWE, J. B. **The resilient nurse: empowering your practice.** New York, NY: Springer Publishing, 2011. Disponível em: Google Scholar. Acesso em: 30 ago. 2021.

MCCANN, C. M. *et al.* Resilience in the health professions: a review of recent literature. **International Journal of Wellbeing**, v. 3, n. 1, p. 60-81, 2013.

MEALER, M. *et al.* The presence of resilience is associated with a healthier psychological profile in intensive care unit (ICU) nurses: results of a national survey. **International Journal of Nursing Studies**, v. 49, n. 3, p. 292-9, 2012.

MELO, R. P. *et al.* Critérios de seleção de experts para estudos de validação de fenômenos de enfermagem. **Rev. Rene**, v. 12, n. 2, p. 424-31, 2011.

MOKKINK, L. B. *et al.* The COSMIN checklist for evaluating the methodological quality of studies on measurement properties: a clarification of its content. **BMC Med Res Methodol**, v. 10, n. 22, p. 1471, 2010.

MONTEIRO, Edilene Araújo; MAZIN, Suleimy Cristina; DANTAS, Rosana Aparecida Spadoti. Questionário de Avaliação da Sobrecarga do Cuidador Informal: validação para o Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**, v. 68, n. 3, p. 421-8, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680307i>. Acesso em: 30 ago. 2021. Epub May-Jun 2015. ISSN 1984-0446. <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680307i>.

MORSE, J. M. *et al.* Developing the Resilience Framework for Nursing and Healthcare. **Global Qualitative Nursing Research**, Jan. 2021. doi: 10.1177/23333936211005475

OHRING, M. **Engineering Materials Science.** San Diego: Academic Press, 1995.

OLDS, D. M. *et al.* Association of nurse work environment and safety climate on patient mortality: a cross-sectional study. **International Journal of Nursing Studies**, v. 74, p. 155-61, 2017.

OLIVEIRA, F. *et al.* Aspectos teóricos e metodológicos para adaptação cultural e validação de instrumentos na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, v. 27, n. 2, 2018.

ONG, A. D. *et al.* Psychological resilience, positive emotions, and successful adaptation to stress in later life. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 91, n. 4, p. 730-49, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.91.4.730>. Acesso em: 30 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). Organização Mundial da Saúde (OMS). **Diretriz estratégica para a Enfermagem na Região das Américas.** Washington, D.C.: OPAS, 2019.

PAIVA, R. M. **Construção e validação de protocolo gráfico para avaliação do cuidado seguro ao paciente renal crônico em hemodiálise.** 2021. 74f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) — Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2021.

PANGALLO, A. *et al.* Resilience through the lens of interactionism: a systematic review. **Psychological Assessment**, v. 27, p. 1-20, 2015.

PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi *et al.* Adaptação de um instrumento que avalia alfabetização em saúde das pessoas idosas. **Acta Paulista de Enfermagem [online]**, v. 24, n. 2, p. 271-7, 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000200018>. Acesso em: 30 ago. 2021. Epub 14 Oct 2011. ISSN 1982-0194. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002011000200018>.

PASQUALI, L. Parâmetros psicométricos dos testes psicológicos. In: PASQUALI, L. (Ed.). **Técnicas de exame psicológico-TEP**. São Paulo (SP): Casa do Psicólogo, 2001.

PASQUALI, L. Validade dos Testes. **Examen: Política, Gestão e Avaliação da Educação**, v. 1, n. 1, p. 36, 2017. Disponível em: <https://examen.emnuvens.com.br/rev/article/view/19>. Acesso em: 30 ago. 2021.

PEDROSO, R. S. *et al.* Tradução, equivalência semântica e adaptação cultural do Marijuana Expectancy Questionnaire (MEQ). **Psico-USF**, v. 9, n. 2, p. 129-36, 2004.

PITTMAN, J.; BAKAS, T. Measurement and instrument design. **J Wound Ostomy Continence Nurs**, v. 37, n. 6, p. 603-7, 2010.

POLETTO, M.; KOLLER, S. H. Contextos ecológicos: promotores de resiliência, fatores de risco e de proteção. **Estud. psicol.**, Campinas, v. 25, n. 3, p. 405-16, 2008.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendation as. **Res Nurs Health**, v. 29, p. 489-97, 2006.

POLIT, D. F.; YANG, F. M. Measurement and the measurement of change. China: Wolters Kluwer, 2016.

PRESOTTO, M.; RIEDER, C. R. M.; OLCHIKL, M. R. Validação de conteúdo e confiabilidade de protocolo de avaliação dos distúrbios adquiridos de fala em indivíduos com Doença de Parkinson. **CoDAS**, v. 31, n. 5, p. e20180230, 2019.

PRISMA. (2009). **Flow Diagram**. Disponível em: <http://www.prisma-statement.org/>. Acesso em: 30 ago. 2021.

REES, C. S. *et al.* Understanding individual resilience in the workplace: the international collaboration of workforce resilience model. **Frontiers in Psychology**, v. 6, p. 73, 2015. doi: 10.3389/fpsyg.2015.00073

REGNAULT, A.; HERDMAN, M. Using quantitative methods with in the Universalist model framework to explore the cross-cultural equivalence of patient-reported outcome instruments. **Qual Life Res**, v. 24, p. 115-24, 2015.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia. **Rev Saúde Pública**, v. 41, p. 665-73, 2007.

REICHENHEIM, M. E.; PAIXÃO JR., C. M.; MORAES, C. L. Adaptação transcultural para o português (Brasil) do instrumento Hwalek-Sengstock Elder Abuse Screening Test (H-S/EAST) utilizado para identificar risco de violência contra o idoso. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 8, p. 1801-13, 2008.

REWORÊDO, L. D. S. *et al.* O uso da técnica Delphi em saúde: uma revisão integrativa de estudos brasileiros. **Arq Ciênc Saúde**, v. 22, p. 16-21, 2015.

RIZZINI, M. *et al.* Equivalência conceitual, de itens e semântica da versão brasileira do instrumento Disfunctional Voiding Scoring System (DVSS) para avaliação de disfunção do trato urinário inferior em crianças. **Cad Saúde Pública**, v. 25, p. 1743-55, 2009.

ROCHA, J. A. P.; DUARTE, A. B. Sirihal; PAULA, C. P. A. Modelos de práticas informacionais. **Em Questão**, v. 23, n. 1, p. 36-61, 2017.

RODRIGUES, C. M. L.; CORRÊA, C. R. O sofrimento é opcional: uma análise do uso do conceito de resiliência no trabalho na mídia para o grande público. **Outras Palavras**, v. 12, n. 1, p. 32-42, 2016.

RUOTSALAINEN, Jani H. *et al.* Preventing occupational stress in healthcare workers. **Sao Paulo Medical Journal [online]**, v. 134, n. 01, p. 92, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-3180.20161341T1>. Acesso em: 30 ago. 2021. ISSN 1806-9460. <https://doi.org/10.1590/1516-3180.20161341T1>.

SAPIENZA, Graziela; PEDROMÔNICO, Márcia Regina Marcondes. Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. **Psicologia em Estudo [online]**, v. 10, n. 2, p. 209-16, 2005. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000200007>. Acesso em: 30 ago. 2021. Epub 14 Out 2005. ISSN 1807-0329. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722005000200007>.

SARKAR, M.; HILTON, N. K. Psychological resilience in olympic medal – winning coaches: a longitudinal qualitative study. **International Sport Coaching Journal**, v. 7, n. 2, p. 209-19, 2020. Disponível em: <https://journals.humankinetics.com/view/journals/iscj/7/2/article-p209.xml>. Acesso em: 30 ago. 2021.

SCARPARO, A. F. *et al.* Reflexões sobre o uso da técnica Delphi em pesquisas na enfermagem. **Rev Rene**, v. 13, n. 1, p. 242-51, 2012.

SCHOLZE, Alessandro Rolim *et al.* Estresse ocupacional e fatores associados entre enfermeiros de hospitais públicos. **Cogitare Enfermagem**, [S.l.], v. 22, n. 3, ago. 2017. ISSN 2176-9133. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50238>. Acesso em: 30 ago. 2021. doi: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.50238>.

SCHULTZ, C. C. *et al.* “Resiliência da Equipe de Enfermagem no âmbito Hospitalar com ênfase na Pandemia COVID-19.” **Research, Society and Development**, v. 9, n. 11, 2020.

SHIN, H. *et al.* Relationships between coping strategies and burnout symptoms: a meta-analytic approach. **Professional Psychology: Research and Practice**, v. 45, n. 1, p. 44-56, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/a0035220>. Acesso em: 30 ago. 2021.

- SILVA, A. M. *et al.* Utilização da técnica Delphi on-line para investigação de competências: relato de experiência. **Rev Gaúch Enferm**, v. 30, n. 2, p. 348-5, 2009.
- SILVA, S. M. *et al.* Fatores relacionados à resiliência em trabalhadores de enfermagem no contexto hospitalar. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 54, p. e03550, 2020.
- SILVA, M. C. N.; MACHADO, M. H. Sistema de Saúde e Trabalho: desafios para a Enfermagem no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 1, p. 07-13, 2020.
- SOPPA, F. B. F. *et al.* Checklist em hemodiálise: construção e validação de ferramenta para segurança no cuidado intensivo. **Rev. Adm. Saúde**, v. 19, n. 74, p. 1-14, 2019.
- SORDI, A. O.; MANFRO; G. G.; HAUCK, S. O conceito de resiliência: diferentes olhares. **Revista Brasileira de Psicoterapia**, v. 1, n. 2, p. 115-32, 2011.
- SOUZA, D. V.; ZIONI, F. Novas perspectivas de análise em investigações sobre meio ambiente: a teoria das representações sociais e a técnica qualitativa da triangulação de dados. **Saúde e Sociedade**, v. 12, n. 2, p. 76-85, 2003.
- SOUSA; V. D.; ROJJANASRIAT, W. Translation, adaptation and validation of instruments and scales for use in cross cultural healthcare research: a clear and user-friendly guideline. **Journal of Evaluation in Clinical Practice**, v. 17, n. 2, p. 268-74, 2011.
- SPERBER, A. D. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. **Gastroenterology**, v. 126, n. 1 Supl 1, p. S124-8, 2004.
- STEMLER, S. E. A comparison of consensus, consistency, and measurement approaches to estimating interrater reliability. **Practical Assessment, Research & Evaluation**, v. 9, n. 4, 2004.
- SUTCLIFFE, K. M.; VOGUS, T. J. Organizing for resilience. *In*: CAMERON, K. S. (Org.). **Positive organizational scholarship: foundations of a new discipline**. San Francisco: Berrett-Koehler, 2003. (p. 94-110),
- THOMAS, L. J.; REVELL, S. H. Resilience in nursing students: an integrative review. **Nurse Educ Today**, n. 36, p. 457-62, 2016.
- VANDENBERGHE, L.; ASSUNCAO, A. B. Concepções de mindfulness em Langer e Kabat-Zinn: um encontro da ciência Ocidental com a espiritualidade Oriental. **Contextos Clínic**, v. 2, n. 2, p. 124-35, 2009.
- VAN DER KNAAP, P. Theory-based evaluation and learning: possibilities and challenges. **Evaluation**, v. 10, p. 16-34, 2004.
- VELEZ, P. Y.; ASHWORTH, S. D. The impact of item readability on the endorsement of the mid point response in surveys. **Survey Research Methods**, v. 1, n. 2, p. 69-74, 2007.
- VIEIRA, M. *et al.* Trajetórias educacionais e ocupacionais de trabalhadores do Sistema Único de Saúde, e suas expectativas profissionais. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe 2, p. 92-103, 2017.

- VITORINO, S. A. S.; CRUZ, M. M.; BARROS, D. C. Validação do modelo lógico teórico da vigilância alimentar e nutricional na atenção primária em saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 12, 2017.
- VOGUS, T. J.; SUTCLIFFE, K. M. Organizational resilience: Towards a theory and research agenda. IEEE INTERNATIONAL CONFERENCE ON SYSTEMS, MAN AND CYBERNETICS, 2007, p. 3418-22. **Anais eletrônicos...** doi: 10.1109/ICSMC.2007.4414160. Acesso em: 30 ago. 2021.
- WALKER, L. O.; AVANT, K. C. **Strategies for theory construction in nursing**. 5th Ed. Upper Saddle River, NJ: Prentice-Hall, 2011.
- WALPITA, Y. N.; ARAMBEPOLA, C. High resilience leads to better work performance in nurses: evidence from South Asia. **J Nurs Manag**, v. 28, p. 342-50, 2020.
- WEI, H. *et al.* Nurse leaders' strategies to foster nurse resilience. **J Nurs Manag.**, n. 27, p. 681-7, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/jonm.12736>. Acesso em: 30 ago. 2021.
- WEI, H.; ROSCIGNO, C. I.; SWANSON, K. M. Healthcare providers' caring: Nothing is too small for a child hospitalized for heart surgery. **Heart & Lung: the Journal of Critical Care**, v. 46, n. 3, p. 166-71, 2017.
- WEIDLICH, C. P.; UGARRIZA, D. N. A pilot study examining the impact of care provider support program on resiliency, coping, and compassion fatigue in military health care providers. **Military Medicine**, v. 180, n. 3, p. 290-5, 2015.
- WEISSHEIMER, A. M. **Tradução, adaptação transcultural e validação para uso no Brasil do instrumento Prenatal Psychosocial Profile**. 133 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) — Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.
- WEST, M. M. *et al.* Evaluation of compassion and resilience in nurses: from evidence-based project store search findings. **Nurs Palliat Care**, v. 2, n. 4, p. 7-17, 2017.
- WHITLEY, G. G. Process and methodologies for research validation of nursing diagnoses. **Nurs Diagn**, v. 10, n. 1, p. 5-14, 1999.
- WILD, D. *et al.* Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for Patient-Reported Outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR task force for translation and cultural adaptation. **Value Health**, v. 8, n. 2, p. 94-104, 2005.
- WINDLE, G. The Resilience Network: O que é resiliência? Uma revisão sistemática e análise de conceito. **Clinical Gerontology**, v. 21, p. 1-18, 2010.
- WRIGHT, J. T. C.; GIOVINAZZO, R. A. Delphi: uma ferramenta de apoio ao planejamento prospectivo. **Caderno de Pesquisas em Administração**, v. 1, p. 54-65, 2000.
- ZAMBARDI, J. M. R. *et al.* Adaptação transcultural para o Brasil e confiabilidade da Smoking Cessation Counseling. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 32, n. 3, p. 290-7, 2019.

ZITOMER, M. R.; GOODWIN, D. Gauging the Quality of Qualitative Research in Adapted Physical Activity. *Adapted Physical Activity Quarterly*, v. 31, n. 3, p. 193-218, 2014.  
Disponível em: <https://journals.humankinetics.com/view/journals/apaq/31/3/article-p193.xml>.  
Acesso em: 30 ago. 2021.



## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TRADUTORES - ETAPAS 1 E 2

**CAAE: 16100919.0.0000.5347**

Título do Projeto: “RESILIÊNCIA DA FORÇA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE UM MODELO”

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é traduzir e validar um modelo teórico de resiliência no trabalho de enfermeiros, por meio de traduções independentes entre pares e da Técnica Delphi. O projeto de pesquisa prevê a tradução e retrotradução do modelo original em inglês para o português, com a elaboração de uma versão consenso e final que será submetida à avaliação por um grupo de especialistas no tema resiliência e na tradução/adaptação de modelos ou instrumentos.

Esta pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curso de Doutorado, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Tem como pesquisadoras responsáveis a doutoranda Walnice Jung e a professora orientadora Dra. Regina Rigatto Witt.

O modelo teórico de resiliência denominado HSERWM é composto por seis tabelas e deverá ser traduzido em duas etapas, a saber: **etapa 1** - tradução do modelo HSERWM do inglês para o português brasileiro, versões (T1 e T2); **etapa 2** - síntese das traduções (T12).

Caso aceite em participar, nas etapas de tradução, você deverá realizar os relatórios de consenso das traduções e responder a um formulário que avalia a equivalência semântica, conceitual e de itens, idiomática e cultural entre o original e as traduções do modelo HSERWM para fins de adequação ao contexto cultural e estilo de trabalho dos profissionais da área de saúde brasileiros. Estas equivalências serão avaliadas por meio de um formulário autopreenchido, com questões fechadas e abertas sobre os itens do modelo para assinalar uma alternativa segundo Escala Likert por pontuação e descritivas para sugestão, a fim de que você proponha os ajustes necessários nos conceitos e fatores ambientais do modelo.

A etapa de elaboração das versões que demandam consenso entre os tradutores (T12) do estudo será realizada através de dois encontros com tempo estimado em 40 minutos a uma hora, a ser realizada nas dependências da Escola de Enfermagem da UFRGS, em horário a combinar e conforme agendamento entre a pesquisadora e você.

O estudo apresenta risco mínimo e o possível risco de sua participação neste estudo está relacionado a constrangimentos provocados pela leitura e tradução da escala ou o tempo de tradução estipulado. Neste caso você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou recusar responder qualquer pergunta ou desistir e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. O entrevistador seguirá todos os princípios éticos como respeito à sua dignidade e não maleficência.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são contribuir para avaliar a clareza e entendimento das informações deste modelo, o qual auxiliará o desenvolvimento e manutenção da resiliência do enfermeiro no ambiente de trabalho. Os subsídios fornecidos tanto para a construção de conhecimento como também pela possibilidade de elaboração de um diagnóstico, poderão contribuir numa perspectiva de promoção da resiliência dos trabalhadores, favorecendo o processo de trabalho.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não

haverá nenhum prejuízo ao vínculo institucional que você recebe ou poderá vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderá ser ressarcido por despesas decorrentes de sua participação [ex.: despesas de transporte e alimentação], cujos custos serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, pode entrar em contato com a pesquisadora responsável Professora Dra. Regina Rigatto Witt, pelo telefone (51) 3308.5226. Endereço: Rua São Manoel, 963 - Rio Branco, Porto Alegre - RS, 90620-110, Escola de Enfermagem da UFRGS, Bairro Rio Branco, Porto Alegre-RS. Telefone: (51) 3308-5226; *e-mail*: regina.witt@ufrgs.br. Ou com a pesquisadora doutoranda Walnice Jung, pelo fone (51) 99561.4747. Ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h. Como também poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP/UFRGS) pelo telefone: (51) 3308.3738 - Fax: (51) 3308.4085. Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro. Bairro: Farroupilha. CEP 90.040-060 UF: RS. Município: Porto Alegre.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

\_\_\_\_\_  
Nome do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome do pesquisador que aplicou o Termo

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Local e Data: \_\_\_\_\_

## APÊNDICE B – TRADUÇÕES T1 E T2 DO HSWERM COM RELATÓRIO DAS DIVERGÊNCIAS

Item	Original	Tradutor 1	Tradutor 2	Divergências entre os tradutores
<b>Título</b>	Health Service Workplace Environmental Resilience Model (HSWERM)	Modelo de Resiliência no ambiente de trabalho dos Serviços de Saúde (MRASS) - Versão português Brasil	Modelo de Resiliência no Ambiente de Trabalho dos Serviços de Saúde (MRATSS) - Versão português do Brasil	A sigla original inclui todas as palavras do nome do instrumento. Penso que a versão em português deve fazer o mesmo.
<b>Tabela 1</b>	<p>Table 1: Support -Professional</p> <p><b>Organizational concepts: Definition</b> Professional Support is the workplace processes and practices for access to expertise that enable nurses to act ethically, respectfully and benefit patient care. (<i>Professionalism</i>)</p> <p><b>Environmental factors for: Support -Professional</b> - Lines of communication are explicit at both unit and organizational level. - Receptive, understanding, supportive leadership at unit and organizational level. - Timely access to senior clinical support/line manager for guidance on practice dilemmas. - Respectful working relationships with colleagues.</p>	<p>Tabela 1: Suporte Profissional</p> <p><b>Conceitos Organizacionais: Definição</b> Suporte Profissional é o conjunto de práticas e processos de trabalho para acesso à perícia que habilite enfermeiros a agir com ética, respeito e priorizar o cuidado ao paciente. (Profissionalismo)</p> <p><b>Fatores Ambientais para: Suporte – Profissional</b> - Linhas de comunicação são claras tanto no nível da unidade como no organizacional. - Liderança receptiva, compreensiva, apoiadora no nível da unidade e organizacional. - Acesso tempestivo ao gerente de suporte clínico sênior para orientação em dilemas práticos. - Relações de trabalho respeitadas com colegas.</p>	<p>Quadro 1: Suporte - Profissional</p> <p><b>Conceitos organizacionais: Definição</b> Suporte Profissional são os processos e as práticas no local de trabalho para o acesso a conhecimentos especializados que habilitem os enfermeiros a agir com ética e respeito, e a beneficiar os cuidados prestados aos pacientes. (Profissionalismo)</p> <p><b>Fatores do ambiente para: Suporte-Profissional</b> - As linhas de comunicação são claras tanto no nível da unidade como no da organização. - Liderança receptiva, compreensiva e apoiadora no nível da unidade e da organização. - Acesso oportuno ao gerente de suporte clínico sênior para orientação em dilemas práticos. - Relações de trabalho respeitadas com os colegas.</p>	<p>De acordo com a ABNT, chamamos “tabelas” quando apresentam números, e “quadros” quando apresentam texto. (A mesma alteração foi feita em todas as ocorrências seguintes.) O original não especifica “conjunto” - julgo tal adaptação desnecessária. O original especifica práticas e processos do local de trabalho (<i>workplace</i>) provavelmente pelo foco do modelo na questão do ambiente. Julgo que isso deve ser mantido na versão. “Perícia” tem várias acepções e não parece combinar bem com “ter acesso à” - “conhecimentos especializados” torna o trecho mais claro. O uso de “priorizar” pode ser ambíguo (tornar melhor ou pôr à frente?). O original escolheu “<i>benefit</i>”, e não “<i>prioritize</i>”, portanto julgo desnecessária a adaptação. “Ambientais” remete à ecologia. A palavra no original está</p>

				<p>atrelada ao termo “<i>workenvironment</i>” (ambiente de trabalho); portanto “do ambiente” é uma escolha melhor.</p> <p>O português tem adjetivo para “organização”, mas não tem (neste contexto) para “unidade”. Para manter a linearidade, “nível da unidade” e “da organização”. (A mesma alteração foi feita em todas as ocorrências seguintes.) “Tempestivo” e “oportuno” são sinônimos. No entanto, “tempestivo” é muitas vezes menos comum (fonte: Corpus do Português), o que pode tornar a compreensão do item mais difícil.</p>
<b>Tabela 2</b>	<p>Table 2: <i>Support - Practice</i></p> <p><b>Organizational concepts: Definition</b></p> <p>Practice Support is workplace processes that enable nurses to deliver competent patient centred nursing care. (<i>Competence</i>)</p> <p><b>Environmental factors for: Support - Practice</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Role expectations explicitat both unit and organization allevel.</li> <li>- Patient allocation matched to the individual skills and experience.</li> <li>- Nurse-patient ratioand systems for staff allocation consider</li> </ul>	<p>Tabela 2: Suporte - prática</p> <p><b>Conceitos organizacionais: Definição</b></p> <p>Suporte da Prática é o conjunto de processos de trabalho que habilita enfermeiros a entregar competentes cuidados de enfermagem focados no paciente. (Competência)</p> <p><b>Fatores Ambientais para: Suporte – Prática</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Claras expectativas de papéis tanto no nível da unidade como no organizacional.</li> <li>- Alocação de pacientes de acordo com a experiência e habilidades</li> </ul>	<p>Quadro 2: Suporte - Prática</p> <p><b>Conceitos organizacionais: Definição</b></p> <p>Suporte da Prática são processos no local de trabalho que habitam aos enfermeiros a entregar cuidados de enfermagem competentes e focados no paciente. (Competência)</p> <p><b>Fatores do ambiente para: Suporte - Prática</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Claras expectativas de papéis tanto no nível da unidade como no da organização.</li> <li>- A alocação de pacientes</li> </ul>	<p>A posição do adjetivo “competentes” na tradução 1 é incomum em português e reflete influência do texto original.</p> <p>A troca do verbo “<i>match</i>” (corresponder) pela locução “de acordo” me parece desnecessária - torna a versão em português mais distante da original sem necessariamente expressar melhor a ideia em português.</p> <p>“Facilitado” pode dar a entender que o acesso era antes mais difícil, e passou por um processo para torná-lo fácil. Essa ideia não está no original, onde</p>

	<p>experience and complexity of care.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Easily accessible contemporary clinical policies and procedures.</li> <li>- Essential equipment available and working correctly for healthcare delivery.</li> <li>- Organization supports respectful inter-professional collaboration that facilitates safe patient care.</li> </ul>	<p>individuais.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proporção enfermeiro-paciente e sistemas para alocação da equipe consideram experiência e complexidade do cuidado.</li> <li>- Acesso facilitado a procedimentos e políticas clínicas atualizadas.</li> <li>- Equipamento essencial disponível e funcionando adequadamente para a entrega de cuidados da saúde.</li> <li>- A Organização apoia a colaboração interprofissional respeitosa que facilite o seguro cuidado do paciente.</li> </ul>	<p>correspondeu às habilidades e experiência individuais.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- A proporção enfermeiro-paciente e os sistemas para alocação da equipe consideram experiência e complexidade do cuidado.</li> <li>- Fácil acesso a políticas e procedimentos clínicos atuais.</li> <li>- Equipamento essencial disponível e funcionando adequadamente para a entrega de cuidados de saúde.</li> <li>- A organização apoia uma colaboração interprofissional respeitosa que facilite um cuidado seguro ao paciente.</li> </ul>	<p>“<i>easily accessible</i>” (facilmente acessível) apenas expressa que o acesso é fácil.</p> <p>Da mesma forma “atualizados” dá a ideia de que passou por um processo de atualização. O original “<i>contemporary</i>” (atual/contemporâneo/moderno) não carrega esse sentido.</p> <p>“Apoia” sem acento, de acordo com o Novo Acordo Ortográfico.</p> <p>A posição do adjetivo “seguro” na tradução 1 é menos comum em português e reflete influência do texto original.</p>
<p><b>Tabela 3</b></p>	<p><b>Table 3: Support - Personal Organizational concepts: Definition</b></p> <p>Personal Support is the health and safety workplace policies and processes that enable nurses to feel connected, safe and keepwell. (<i>Well-being</i>)</p> <p><b>Environmental factors for: Support – Personal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unit and organization alculture that role models kindness and positive staff behaviours.</li> <li>- Regular staff meetings that</li> </ul>	<p><b>Tabela 3: Suporte Pessoal Conceitos Organizacionais: Definição</b></p> <p>Suporte Pessoal é o conjunto de políticas de saúde e segurança no trabalho que permite aos enfermeiros se sentirem conectados, seguros e bem mantidos. (Bem-estar)</p> <p><b>Fatores Ambientais para: Suporte – Pessoal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cultura da unidade e organizacional adota modelos de comportamento bondoso e positivo da equipe.</li> </ul>	<p><b>Quadro 3: Suporte - Pessoal Conceitos organizacionais: Definição</b></p> <p>Suporte Pessoal são as políticas e processos de saúde e segurança do local de trabalho que permitem que os enfermeiros se sintam conectados, seguros e se mantenham bem. (Bem-estar)</p> <p><b>Fatores do ambiente para: Suporte – Pessoal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cultura da unidade e da organização que é modelo de gentileza e de comportamentos positivos da equipe.</li> </ul>	<p>Na tradução 1, “bem mantidos” está incorreto, pois não é objeto do verbo “<i>feel</i>” (sentir-se).</p> <p>A tradução 1 está incorreta, pois o original não diz que a cultura adota modelos, mas atua, ela mesma, como modelo. Além do mais, “<i>kindness</i>” (gentileza/bondade) não está qualificando “<i>behaviours</i>” (comportamentos), então não é certo dizer “comportamento bondoso” - são coisas diferentes: modelo de gentileza e modelo de comportamento positivo.</p>

<p>address sources of stress and seek collaborative solutions.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- OHS* policies that maximize physical and psychological well-being including workplace violence control.</li> <li>- Meal breaks planned and monitored to ensure they can be taken.</li> <li>- Time out opportunities available after challenging situations to practice mindfulness strategies.</li> <li>- Roster system that facilitates rest and engagement with family, friends and community</li> </ul> <p>Access to early assistance for anxiety states.</p> <p>Access to Employment Assistance Programs</p> <p>Access to annual/long service/ personal leave encouraged when time-out for self-care required.</p> <p>Physical spaces provided conducive to mindfulness breathing exercises and short meditations.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reuniões periódicas da equipe para tratar de fontes de <i>stress</i> e procurar soluções colaborativas.</li> <li>- Políticas de Segurança e Saúde no Trabalho que maximizam o bem-estar físico e psicológico incluindo controle de violência no trabalho.</li> <li>- Pausas para refeições planejadas e monitoradas para garantir que elas sejam usufruídas.</li> <li>- Oportunidades de intervalo disponíveis após situações desafiadoras para praticar estratégias de recomposição de foco.</li> <li>- Sistema de rodízio que facilita o descanso e envolvimento com a família, amigos e comunidade</li> <li>- Acesso à assistência preventiva para estados de ansiedade.</li> <li>- Acesso a Programas de Assistência ao Emprego</li> <li>- Acesso a incentivo a licença pessoal / de serviço de um ano de duração quando necessário para cuidados pessoais.</li> <li>- Disponibilização de espaços físicos dedicados a exercícios de respiração e meditações curtas para recomposição de foco.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reuniões periódicas da equipe que tratam de fontes de estresse e procuram soluções colaborativas.</li> <li>- Políticas de Segurança e Saúde no Trabalho que maximizam o bem-estar físico e psicológico, incluindo controle de violência no local de trabalho.</li> <li>- Pausas para refeição planejadas e monitoradas para garantir que sejam usufruídas.</li> <li>- Oportunidades de intervalo disponíveis após situações desafiadoras para praticar estratégias de recomposição de foco.</li> <li>- Sistema de rodízio que facilita o descanso e o envolvimento com a família, amigos e comunidade.</li> <li>- Acesso a assistência preventiva para estados de ansiedade.</li> <li>- Acesso a programas de assistência ao empregado</li> <li>- O acesso a férias/licença por tempo de serviço/licença por motivos pessoais é incentivado sempre que for necessário tempo fora de serviço para cuidados pessoais.</li> <li>- Disponibilização de espaços físicos propícios a exercícios de respiração para recomposição de foco e meditações curtas.</li> </ul>	<p>O original não diz que o propósito das reuniões é falar de e buscar soluções para o estresse (na tradução 1, expresso pela preposição “para”), mas que nas reuniões isso é feito.</p> <p>A palavra inglesa “stress” já tem uma ortografia oficial em português: estresse.</p> <p>O original especifica <u>local</u> de trabalho (<i>workplace</i>).</p> <p>Na tradução 1, faltou ponto final.</p> <p>Na tradução 1, houve tradução literal. Neste item sugiro, se conveniente, que seja adicionada explicação (nota de rodapé) - maiores detalhes, vide questão 2 da Ficha para Análise das Traduções.</p> <p>A tradução 1 está incorreta. No original, não há a ideia de uma licença de um ano de duração. O termo “<i>annualleave</i>” significa “férias” (<u>fonte</u>), o termo “<i>longserviceleave</i>” significa “licença por tempo de serviço” (<u>fonte</u>) e o termo “<i>personalleave</i>” significa “licença por motivos pessoais.</p>
--	--	--	--

				<p>“Dedicados” significa “exclusivo/especialmente devotado para”, diferente de “<i>conducive</i>” no original, que quer dizer “propício/favorável/adequado”.</p>
<b>Tabela 4</b>	<p><b>Table 4: Development – Professional</b>  <b>Organizational concepts:</b>  <b>Definition</b>  Professional Development is the workplace processes that provide opportunities for nurses to engage in reflection, career development and life long learning.  <i>(Professionalism)</i>  <b>Environmental factors for: Development – professional</b>  - Mentoring programs available that promotes bigger picture think ingand career development planning.  - Performance development review processes that promote staged knowledge and skill development.  - Opportunities that encourage reflection on practice, feelings and belief sand the consequences of these for individuals/groups.  - Access to studyleave.</p>	<p><b>Tabela 4:</b> Desenvolvimento Profissional  <b>Conceitos Organizacionais:</b>  <b>Definição</b>  Desenvolvimento Profissional é o conjunto de processos de trabalho que disponibilizam oportunidades para os enfermeiros se dedicarem à reflexão, desenvolvimento de carreira e aprendizado duradouro. (Profissionalismo)  <b>Fatores Ambientais para: Desenvolvimento – Profissional</b>  - Programas de mentoria disponíveis que promovem reflexões mais amplas e planejamento do desenvolvimento da carreira.  - Processos de revisão de desenvolvimento de performance que promovem conhecimento estruturado e desenvolvimento de habilidades.  - Oportunidades que incentivam a reflexão sobre práticas, sentimentos e crenças e suas consequências para indivíduos/grupos.</p>	<p><b>Quadro 4:</b>  Desenvolvimento – Profissional  <b>Conceitos organizacionais:</b>  <b>Definição</b>  Desenvolvimento Profissional são os processos do local de trabalho que proporcionam oportunidades para os enfermeiros se dedicarem à reflexão, desenvolvimento de carreira e educação continuada.(Profissionalismo)  <b>Fatores do ambiente para: Desenvolvimento – profissional</b>  - Programas de mentoria disponíveis que promovem reflexões mais amplas e planejamento do desenvolvimento da carreira.  - Processos de revisão de desenvolvimento de performance que promovem conhecimento estruturado e desenvolvimento de habilidades.  - Oportunidades que incentivam a reflexão sobre práticas, sentimentos e crenças e as consequências destes para indivíduos/grupos.  - Acesso a licença para estudos.</p>	<p>Em português, “proporcionar oportunidades” é mais comum do que “disponibilizar oportunidades” (fonte: <u>Corpus do Português</u>).</p> <p>O termo “<i>life long learning</i>” significa “educação continuada”.</p> <p>“Consequências” sem trema, de acordo com o Novo Acordo Ortográfico.</p> <p>A locução “suas consequências” é potencialmente ambígua, podendo querer dizer “as consequências das práticas, sentimentos e crenças” ou apenas “as consequências das crenças”. A alteração sugerida por mim evita a interpretação dupla e se aproxima mais do original.</p>

		- Acesso a licença para estudar.		
<b>Tabela 5</b>	<p><b>Table 5:</b> Development - Practice</p> <p><b>Organizational concepts:</b> <b>Definition</b> Practice Development is the workplace processes that provide opportunities to enhance clinical nursing practice. (Competence)</p> <p><b>Environmental factors for: Development – practice</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Continual practice development opportunities around clinical knowledge, skills and problem-solving.</li> <li>- Clinical supervision systems that build competence and confidence.</li> <li>- Opportunities to debrief and learn from mistake using an educative rather than a blaming approach.</li> </ul>	<p><b>Tabela 5:</b> Desenvolvimento - Prática</p> <p><b>Conceitos Organizacionais:</b> <b>Definição</b> Desenvolvimento Prático é o conjunto de processos de trabalhos que disponibilizam oportunidades para aprimorar a prática de enfermagem clínica. (Competência)</p> <p><b>Fatores Ambientais para: Desenvolvimento – Prática</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oportunidades para desenvolvimento continuado das práticas envolvendo conhecimento clínico, habilidades e soluções de problemas.</li> <li>- Sistemas de supervisão clínica que promovem competência e confiança.</li> <li>- Oportunidades para questionar e aprender com os erros usando uma abordagem educativa ao invés de punitiva.</li> </ul>	<p><b>Quadro 5:</b> Desenvolvimento – Prática <b>Conceitos organizacionais:</b> <b>Definição</b> Desenvolvimento da Prática são os processos do local de trabalho que proporcionam oportunidades para aprimorar a prática de enfermagem clínica. (Competência) <b>Fatores do ambiente para: Desenvolvimento - Prática</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oportunidades para o desenvolvimento continuado de práticas envolvendo conhecimento clínico, habilidades e solução de problemas.</li> <li>- Sistemas de supervisão clínica que promovem competência e confiança.</li> <li>- Oportunidades para questionar e aprender com os erros usando uma abordagem educativa ao invés de punitiva.</li> </ul>	
<b>Tabela 6</b>	<p><b>Table 6:</b> Development - Personal <b>Organizational concepts:</b> <b>Definition</b> Personal Development is the workplace policies and procedures that provide</p>	<p><b>Tabela 6:</b> Desenvolvimento Pessoal</p> <p><b>Conceitos Organizacionais:</b> <b>Definição</b> Desenvolvimento Pessoal é o</p>	<p><b>Quadro 6:</b> <i>Desenvolvimento - Pessoal</i></p> <p><b>Conceitos organizacionais:</b> <b>Definição</b> Desenvolvimento Pessoal são as</p>	<p>Em português, “proporcionar oportunidades” é mais comum do que “disponibilizar oportunidades” (fonte: Corpus do Português).</p> <p>O termo “<i>education</i>” é traduzido</p>



	<p>opportunities for nurses to develop skills that build resilience. (<i>Well-being</i>)</p> <p><b>Environmental factors for: Development - personal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Learning opportunities in adaptive coping.</li> <li>- Education and training on mindfulness and mindfulness skills.</li> <li>- Learning opportunities around anxiety recognition and management.</li> </ul>	<p>conjunto de políticas e procedimentos de trabalho que disponibilizam oportunidades para enfermeiros desenvolverem habilidades que criem resiliência. (Bem-estar)</p> <p><b>Fatores Ambientais para: Desenvolvimento – Pessoal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oportunidades de aprendizado em enfrentamento adaptativo.</li> <li>- Educação e treinamento em foco e habilidades de foco.</li> <li>- Oportunidades de aprendizado envolvendo identificação e gerenciamento da ansiedade.</li> </ul>	<p>políticas e procedimentos do local de trabalho que proporcionam oportunidades para os enfermeiros desenvolverem habilidades que criem resiliência. (Bem-estar)</p> <p><b>Fatores do ambiente para: Desenvolvimento - pessoal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oportunidades de aprendizado em enfrentamento adaptativo.</li> <li>- Formação e treinamento sobre atenção plena (<i>mindfulness</i>) e habilidades de recomposição de foco.</li> <li>- Oportunidades de aprendizado envolvendo identificação e gerenciamento da ansiedade.</li> </ul>	<p>como “formação” quando se refere a processos específicos.</p>
--	---	--	--	--

\*OHS=Occupational Health and Safety.

## APÊNDICE C – TRADUÇÃO SÍNTESE (T-12) DO MODELO HSWERM-BRASIL

TÍTULO	Modelo de resiliência do ambiente de trabalho nos serviços de saúde – (HSWERM-Brasil)
<b>Domínio 1</b>	<p><b>Quadro 1:</b> Apoio profissional  <b>Conceitos organizacionais: definição</b>            Apoio profissional são os processos e práticas no local de trabalho para acesso a conhecimentos específicos que habilitam os enfermeiros a agir eticamente, respeitosamente e beneficiar o cuidado aos pacientes.            (Profissionalismo)</p> <p><b>Fatores do ambiente para: Apoio profissional</b>            Linhas de comunicação claras tanto no nível da unidade como no da organização.            Liderança receptiva, compreensiva e apoiadora, tanto no nível da unidade como no da organização.            Acesso oportuno ao gerente/supervisor para orientação acerca de dilemas da prática.            Relações de trabalho respeitadas com os colegas.</p>
<b>Domínio 2</b>	<p><b>Quadro 2:</b> Apoio na prática  <b>Conceitos Organizacionais: Definição</b>            Apoio para a prática são processos no local de trabalho que tornam os enfermeiros capazes de prestar cuidados competentes e centrados no paciente.            (Competência)</p> <p><b>Fatores do ambiente para: Apoio na prática</b>            Claras expectativas acerca da função (papéis a serem exercidos) tanto no nível da unidade como no da organização.            A alocação de pacientes compatível com as habilidades e experiências individuais.            Proporção enfermeiro-paciente e sistemas para alocação de pessoal consideram a experiência e a complexidade do cuidado.            Fácil acesso a políticas e procedimentos clínicos atuais.            Equipamento essencial disponível e funcionando adequadamente para a prestação de cuidados de saúde.            A organização apoia uma colaboração interprofissional respeitosa que facilite um cuidado seguro ao paciente.</p>
<b>Domínio 3</b>	<p><b>Quadro 3:</b> Apoio pessoal  <b>Conceitos organizacionais: Definição</b>            Apoio pessoal são as políticas e processos de saúde e segurança do local de trabalho que permitem que os enfermeiros se sintam conectados, seguros e se mantenham bem.            (Bem-estar)</p> <p><b>Fatores do ambiente para: Apoio pessoal</b>            Cultura da unidade e da organização que serve de modelo de gentileza e de comportamentos positivos da equipe.            Reuniões da equipe regulares que tratam de fontes de estresse e buscam soluções colaborativas.            Políticas de Segurança e Saúde da Organização que maximizam o bem-estar físico e psicológico, incluindo controle de violência no local de trabalho.            Pausas para refeição planejadas e monitoradas para garantir que sejam usufruídas.            Oportunidades disponíveis para pausas após situações desafiadoras para praticar estratégias de recomposição de foco (<i>mindfulness</i>).            Sistema de escala que facilita o descanso e o envolvimento com a família, amigos e comunidade.            Acesso a assistência precoce para estados de ansiedade.            Acesso a programas de assistência ao trabalhador.            O acesso a férias/licença por tempo de serviço ou por motivos pessoais é</p>

	<p>incentivado sempre que for necessário tempo fora de serviço para cuidados pessoais.</p> <p>Disponibilização de espaços físicos propícios a exercícios de respiração para recomposição de foco e meditações breves (<i>mindfulness</i>).</p>
<b>Domínio 4</b>	<p><b>Quadro 4:</b> Desenvolvimento profissional</p> <p><b>Conceitos organizacionais: Definição</b></p> <p>Desenvolvimento profissional são os processos do local de trabalho que proporcionam oportunidades para os enfermeiros se dedicarem à reflexão, desenvolvimento de carreira e formação continuada.</p> <p>(Profissionalismo)</p> <p><b>Fatores do ambiente para: Desenvolvimento profissional</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Programas de mentoria disponíveis que promovem reflexões mais amplas e planejamento do desenvolvimento da carreira.</li> <li>● Processos de revisão de desempenho que promovem o desenvolvimento do conhecimento e habilidades.</li> <li>● Oportunidades que incentivam a reflexão sobre práticas, sentimentos e crenças e as consequências destes para indivíduos/grupos.</li> <li>● Acesso a licença para capacitação.</li> </ul>
<b>Domínio 5</b>	<p><b>Quadro 5:</b> Desenvolvimento da prática</p> <p><b>Conceitos organizacionais: Definição</b></p> <p>Desenvolvimento da prática são os processos do local de trabalho que proporcionam oportunidades para aprimorar a prática de enfermagem clínica.</p> <p>(Competência)</p> <p><b>Fatores do ambiente para: Desenvolvimento da prática</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Oportunidades para o desenvolvimento continuado de práticas clínicas envolvendo conhecimento, habilidades e solução de problemas.</li> <li>● Sistemas de supervisão clínica que desenvolvem competência e confiança.</li> <li>● Oportunidades para questionar e aprender com os erros usando uma abordagem educativa ao invés de punitiva.</li> </ul>
<b>Domínio 6</b>	<p><b>Quadro 6:</b> Desenvolvimento pessoal</p> <p><b>Conceitos organizacionais: Definição</b></p> <p>Desenvolvimento pessoal são as políticas e procedimentos do local de trabalho que proporcionam oportunidades para os enfermeiros desenvolverem habilidades que promovam resiliência.</p> <p>(Bem-estar)</p> <p><b>Fatores do ambiente para: Desenvolvimento pessoal</b></p> <p>Oportunidades de aprendizado em enfrentamento adaptativo.</p> <p>Formação e treinamento sobre atenção plena (<i>mindfulness</i>) e habilidades de recomposição de foco.</p> <p>Oportunidades de aprendizado envolvendo reconhecimento e gerenciamento da ansiedade.</p>

Fonte: dados da Pesquisa (2021).

**APÊNDICE D – BACK TRANSLATIONS (RETROTRADUÇÕES) 1 E 2 DO MODELO HSWERM-BRASIL (1ª VERSÃO)**

ITEM	MODELO ORIGINAL	MODELO HSWERM-Brasil	RETROTRADUÇÃO 1 (TR 1)	RETROTRADUÇÃO 2 (TR 2)
<b>TITLE</b>	<i>Health Services Workplace Environmental Resilience Model (HSWERM)</i>	Modelo de resiliência do ambiente de trabalho nos serviços de saúde – (HSWERM-Brasil)	Resilience model of the work environment in health services — (HSWERM-Brazil)	Resilience model of the work environment in health services— (HSWERM-Brazil)
<b>TABLE 1</b>	<p><b>Table 1: Support - Professional</b>  <b>Organizational concepts: Definition</b>  Professional Support is the workplace processes and practices for access to expertise that enable nurses to act ethically, respect fully and benefit patient care.  <i>(Professionalism)</i></p> <p><b>Environmental factors for: Support-Professional</b>  - Lines of communication are explicit at both unit and organizational level.  - Receptive, understanding, supportive leadership at unit and organizational level.  - Timely access to senior clinical support/line manager for guidance on practice dilemmas.  Respectful working relationships with colleagues.</p>	<p><b>Quadro 1: Apoio profissional</b>  <b>Conceitos organizacionais: definição</b>  Apoio profissional são os processos e práticas no local de trabalho para acesso a conhecimentos específicos que habilitam os enfermeiros a agir eticamente, respeitosamente e beneficiar o cuidado aos pacientes.  (Profissionalismo)</p> <p><b>Fatores do ambiente para: Apoio profissional</b>  Linhas de comunicação claras tanto no nível da unidade como no da organização.  Liderança receptiva, compreensiva e apoiadora, tanto no nível da unidade como no da organização.  Acesso oportuno ao gerente/supervisor para orientação acerca de dilemas da prática.  Relações de trabalho respeitadas com os colegas.</p>	<p><b>Table 1: Professional support</b>  <b>Organizational concepts: definition</b>  Professional support — these processes and practices in the workplace are amenable for access to specific knowledge and that allow nurses to act ethically, respectfully, and for the benefit of patient care.  (Professionalism)</p> <p><b>Environmental factors for: professional support</b>  - Unambiguous lines of communication at both levels: the unit and the organization;  - Responsible, inclusive, and sympathetic leadership, both at the unit level and the organizational level;  - Convenient access to the manager/supervisor for orientation on practical dilemmas;  - Respectful working relationship with coworkers.</p>	<p><b>Table 1: Professional support</b>  <b>Organizational concepts: definition</b>  Professional support—these are the processes and practices in the workplace to access specific knowledge that enables nurses to act ethically, respectfully, and benefit patient care.  (Professionalism)</p> <p><b>Environmental factors for: professional support</b>  - Clear lines of communication, both at the unit and organization level.  - Responsive, comprehensive, and supportive leadership, both at the unit and organization level.  - Timely access to the manager/supervisor for guidance on practical dilemmas.  - Respectful working relationships with colleagues.</p>

<p><b>TABLE 2</b></p>	<p><b>Table 2: Support - Practice Organizational concepts: Definition</b> Practice Support is workplace processes that enable nurses to deliver competent patient centred nursing care. (Competence) <b>Environmental factors for: Support – Practice</b> - Role expectations explicitat both unit and organizational level. - Patient allocation matched to the individual skills and experience. - Nurse-patient ratio and systems for staff allocation consider experience and complexity of care. - Easily accessible contemporary clinical policies and procedures. - Essential equipment available and working correctly for healthcare delivery. - Organisation supports respect ful inter-professional collaboration that facilitates safe patient care.</p>	<p><b>Quadro 2: Apoio na prática Conceitos Organizacionais: Definição</b> Apoio para a prática são processos no local de trabalho que tornam os enfermeiros capazes de prestar cuidados competentes e centrados no paciente. (Competência) <b>Fatores do ambiente para: Apoio na prática</b> Claras expectativas acerca da função (papéis a serem exercidos) tanto no nível da unidade como no da organização. A alocação de pacientes compatível com as habilidades e experiências individuais. Proporção enfermeiro-paciente e sistemas para alocação de pessoal consideram a experiência e a complexidade do cuidado. Fácil acesso a políticas e procedimentos clínicos atuais. Equipamento essencial disponível e funcionando adequadamente para a prestação de cuidados de saúde. A organização apoia uma colaboração interprofissional respeitosa que facilite um cuidado seguro ao paciente.</p>	<p><b>Table 2: Support in practice Organizational Concepts: definition</b> Practice support — these workplace processes allow nurses to provide proficient, patient-focused care. (Competence) <b>Environmental factors for: practice support</b> - No misgivings or illusions about the function (roles to be exercised) both at the unit and organization levels; - Patient allocation has a fine goodness of fit with individual skills and experiences; - Nurse–patient ratio and systems for staff allocation considering experience and complexity of care; - Easy access to current clinical policies and procedures; - Critical equipment that is appropriately available and functioning for the delivery of healthcare; - The organization supports a respect ful interprofessional collaboration that facilitates safe patient care.</p>	<p><b>Table 2: Support in practice Organizational concepts: definition</b> Practice support—these are workplace processes that enable nurses to provide competent, patient-centered care. (Competence) <b>Environmental factors for: support in practice</b> - Clear expectations about the function (roles to be exercised), at both unity level and organization level. - Patiental location is compatible with individual skills and experiences. - Nurse–patient ratio and work forceplanning system considering the experience and complexity of care. - Easy access to current clinical policies and procedures. - Essential equipment available and functioning properly for the provision of healthcare. - The organization supports respect ful interprofessional collaboration that facilitates safe patient care.</p>
<p><b>TABLE 3</b></p>	<p><b>Table 3: Support - Personal Organizational concepts:</b></p>	<p><b>Quadro 3: Apoio pessoal Conceitos organizacionais:</b></p>	<p><b>Table 3: Personal support Organizational concepts:</b></p>	<p><b>Table 3: Personal support Organizational concepts:</b></p>

	<p><b>Definition</b> Personal Support is the health and safety workplace policies and processes that enable nurses to feel connected, safe and keepwell. (<i>Well-being</i>)</p> <p><b>Environmental factors for: Support – Personal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unit and organizational culture that role models kindness and positive staff behaviours.</li> <li>- Regular staff meetings that address sources of stress and seek collaborative solutions.</li> <li>- OHS* policies that maximize physical and psychological well-being including workplace violence control.</li> <li>- Meal breaks planned and monitored to ensure they can be taken.</li> <li>- Time out opportunities available after challenging situations to practice mindfulness strategies.</li> <li>- Roster system that facilitates rest and engagement with family, friends and community.</li> <li>- Access to early assistance for anxiety states.</li> </ul>	<p><b>Definição</b> Apoio pessoal são as políticas e processos de saúde e segurança do local de trabalho que permitem que os enfermeiros se sintam conectados, seguros e se mantenham bem. (Bem-estar)</p> <p><b>Fatores do ambiente para: Apoio pessoal</b> Cultura da unidade e da organização que serve de modelo de gentileza e de comportamentos positivos da equipe. Reuniões da equipe regulares que tratam de fontes de estresse e buscam soluções colaborativas. Políticas de Segurança e Saúde da Organização que maximizam o bem-estar físico e psicológico, incluindo controle de violência no local de trabalho. Pausas para refeição planejadas e monitoradas para garantir que sejam usufruídas. Oportunidades disponíveis para pausas após situações desafiadoras para praticar estratégias de recomposição de foco (<i>mindfulness</i>). Sistema de escala que facilita o descanso e o envolvimento com a família, amigos e comunidade. Acesso a assistência precoce para</p>	<p><b>definition</b> Personal support — These workplace health and safety policies and processes allow nurses to feel connected and safe and to staywell. (<i>Well-being</i>)</p> <p><b>Environmental factors for: personal support</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Unity and an organization alculture that serves as a model of kindness and positive behavior for the team;</li> <li>- Regular meetings of the team that address sources of stress and seek collaborative solutions;</li> <li>- Health and safety policies by the organization that maximize physical and psychological well-being, including control of violence in the workplace;</li> <li>- Planned and monitored meal breaks to ensure that they are enjoyed;</li> <li>- Opportunities available to pause after challenging situationsso as to practice focus re-composition strategies (<i>mindfulness</i>);</li> <li>- Scale system that facilitates repose and involvement with family, friends, and community;</li> <li>- Access to early assistance for anxietystates;</li> <li>- Access to worker assistance programs;</li> <li>- Length-of-service or personal</li> </ul>	<p><b>definition</b> Personal support—these are workplace health and safety policies and processes that enable nurses to feel connected, safe, and to stay well. (<i>Well-being</i>)</p> <p><b>Environmental factors for: personal support</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Culture of unity and organization that serves as a model of kindness and positive behavior of the team.</li> <li>- Regular team meetings that address sources of stress and seek collaborative solutions.</li> <li>- Health and Safety Policies of the Organization that maximize physical and psychological well-being, including control of violence in the workplace.</li> <li>- Planned and monitored meal breaks to ensure their enjoyment.</li> <li>- Available opportunities for breaks after challenging situations to practice focus recomposition strategies (<i>mindfulness</i>).</li> <li>- Scale system that facilitates restand engagement with family, friends, and community.</li> <li>- Access to early assistance for states of anxiety.</li> <li>- Access to employee assistance programs.</li> <li>- Access to holiday/leave for the length of service, or personal</li> </ul>
--	--	--	--	--

	<p>- Access to Employment Assistance Programs          - Access to annual/long service/ personal leave encouraged when time-out for self- care required.          -Physical spaces provided conducive to mindfulness breathing exercises and short meditations.</p>	<p>estados de ansiedade.          Acesso a programas de assistência ao trabalhador.          O acesso a férias/licença por tempo de serviço ou por motivos pessoais é incentivado sempre que for necessário tempo fora de serviço para cuidados pessoais.          Disponibilização de espaços físicos propícios a exercícios de respiração para recomposição de foco e meditações breves (<i>mindfulness</i>).</p>	<p>access to holidays/licenses encouraged whenever a time awayfrom the workplace is required for personal care;          - Provision of physical spaces that are suitable for performing breathing exercise storegain focus and for brief meditation (<i>mindfulness</i>).</p>	<p>reasons, is encouraged provided that time off for personal care is required.          - Provision of physical spaces conducive to breathing exercises to recompose focus and brief meditations (<i>mindfulness</i>).</p>
<p><b>TABLE 4</b></p>	<p><b>Table 4: Development – Professional</b>  <b>Organizational concepts: Definition</b>          Professional Development is the workplace processes that provide opportunities for nurses to engage in reflection, career development and life long learning.          (<i>Profissionalism</i>)  <b>Environmental factors for: Development – professional</b>          - Mentoring programs available that promotes bigger picture think ingand career development planning.          - Performance development review processes that</p>	<p><b>Quadro 4:</b> Desenvolvimento profissional  <b>Conceitos organizacionais: Definição</b>          Desenvolvimento profissional são os processos do local de trabalho que proporcionam oportunitades para os enfermeiros se dedicarem à reflexão, desenvolvimento de carreira e formação continuada.          (Profissionalismo)  <b>Fatores do ambiente para: Desenvolvimento profissional</b>          • Programas de mentoria disponíveis que promovem reflexões mais amplas e planejamento do desenvolvimento da carreira.          • Processos de revisão de desempenho que promovem o desenvolvimento do</p>	<p><b>Table 4: Professional development</b>  <b>Organizational concepts: definition</b>          Professional development — these workplace processes give nurses opportunities to divedeep into reflection, career development, and continuous training.          (<i>Professionalism</i>)  <b>Environmental factors for: professional development</b>          - Mentoring programs that are available for the promotion of broader reflections and career development planning;          - Processes of performance review that promote the development of knowledge and skills;          - Opportunities that encourage reflection on practices, feelings, and beliefs and their consequences for individuals/groups;</p>	<p><b>Table 4: Professional development</b>  <b>Organizational concepts: definition</b>          Professional development—these are workplace processes that provide opportunities for nurses to dedicate themself storeflection, career development, and continuous training.          (<i>Professionalism</i>)  <b>Environmental factors for: professional development</b>          • Available mentoring programs that promote broader reflections and career development planning.          • Performance review processes that promote the development of knowledge and skills.          • Opportunities that encourage reflection on practices, feelings, and beliefs and the consequences of these on individuals/groups.</p>

	<p>promote staged knowledge and skill development.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Opportunities that encourage reflection on practice, feelings and beliefs and the consequences of these for individuals/groups.</li> <li>- Access to study leave.</li> </ul>	<p>conhecimento e habilidades.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Oportunidades que incentivam a reflexão sobre práticas, sentimentos e crenças e as consequências destes para indivíduos/grupos.</li> <li>● Acesso a licença para capacitação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Training license access.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Access to training license.</li> </ul>
<b>TABLE 5</b>	<p><b>Table 5: Development - Practice</b> <b>Organizational concepts: Definition</b> Practice Development is the workplace processes that provide opportunities to enhance clinical nursing practice. (Competence) <b>Environmental factors for: Development – practice</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Continual practice development opportunities around clinical knowledge, skills and problem-solving.</li> <li>- Clinical supervision systems that build competence and confidence.</li> <li>-Opportunities to debrief and learn from mistakes using an educative rather than a blaming approach.</li> </ul>	<p><b>Quadro 5: Desenvolvimento da prática</b> <b>Conceitos organizacionais: Definição</b> Desenvolvimento da prática são os processos do local de trabalho que proporcionam oportunidades para aprimorar a prática de enfermagem clínica. (Competência) <b>Fatores do ambiente para: Desenvolvimento da prática</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Oportunidades para o desenvolvimento continuado de práticas clínicas envolvendo conhecimento, habilidades e solução de problemas.</li> <li>● Sistemas de supervisão clínica que desenvolvem competência e confiança.</li> <li>Oportunidades para questionar e aprender com os erros usando uma abordagem educativa ao invés de punitiva.</li> </ul>	<p><b>Table 5: Development of practice</b> <b>Organizational concepts: definition</b> Practice development — these workplace processes provide opportunities for the improvement of clinical nursing practice. (Competence) <b>Environmental factors for: practice development</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opportunities for the continual evolution of clinical practices, encompassing knowledge, skills, and problem solving;</li> <li>- Systems of clinical supervision that develop competence and reliability;</li> <li>- Opportunities to interrogate and learn from errors through an educational approach rather than through a punitive one.</li> </ul>	<p><b>Table 5: Development of practice</b> <b>Organizational concepts: definition</b> Practice development—these are workplace processes that provide opportunities to improve clinical nursing practice. (Competence) <b>Environmental factors for: practice development</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opportunities for the continuous development of clinical practices, involving knowledge, skills, and problem-solving.</li> <li>- Clinical supervision systems that develop competence and trust.</li> <li>- Opportunities to question and learn from mistakes, using an education alrather than punitive approach.</li> </ul>
<b>TABLE 6</b>	<p><b>Table 6: Development - Personal</b> <b>Organizational concepts:</b></p>	<p><b>Quadro 6: Desenvolvimento pessoal</b> <b>Conceitos organizacionais:</b></p>	<p><b>Table 6: Personal development</b> <b>Organizational concepts: definition</b></p>	<p><b>Table 6: Personal development</b> <b>Organizational concepts: definition</b></p>



	<p><b>Definition</b> Personal Development is the workplace policies and procedures that provide opportunities for nurses to develop skills that build resilience. (<i>Well-being</i>)</p> <p><b>Environmental factors for: Development – personal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Learning opportunities in adaptive coping.</li> <li>- Education and training on mindfulness and mindfulness skills.</li> <li>- Learning opportunities around anxiety recognition and management</li> </ul>	<p><b>Definição</b> Desenvolvimento pessoal são as políticas e procedimentos do local de trabalho que proporcionam oportunidades para os enfermeiros desenvolverem habilidades que promovam resiliência. (Bem-estar)</p> <p><b>Fatores do ambiente para: Desenvolvimento pessoal</b></p> <p>Oportunidades de aprendizado em enfrentamento adaptativo. Formação e treinamento sobre atenção plena (<i>mindfulness</i>) e habilidades de recomposição de foco. Oportunidades de aprendizado envolvendo reconhecimento e gerenciamento da ansiedade.</p>	<p>Personal development —these workplace policies and procedures provide opportunities for nurses to develop skills that promote resilience. (<i>Well-being</i>)</p> <p><b>Environmental factors for: personal development</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opportunities for learning with an adaptive approach;</li> <li>- Training and education on full attention (<i>mindfulness</i>) and focus on re-composition skills;</li> <li>- Learning opportunities involving recognition and management of anxiety.</li> </ul>	<p>Personal development—these are workplace policies and procedures that provide opportunities for nurses to develop skills that promote resilience. (<i>Well-being</i>)</p> <p><b>Environmental factors for: personal development</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Learning opportunities in adaptive coping.</li> <li>- Education and training on full attention (<i>mindfulness</i>) and focus on re-composition skills.</li> <li>- Learning opportunities involving recognition and management of anxiety.</li> </ul>
--	---	---	--	---

Fonte: dados da Pesquisa (2021)

\* OHS=*Occupational Health and Safety*.

**APÊNDICE E – FORMULÁRIO PARA AVALIAÇÃO DAS EQUIVALÊNCIAS DE  
ITENS, SEMÂNTICA, IDIOMÁTICA, CULTURAL E CONCEITUAL DE ITENS  
PELOS ESPECIALISTAS – DELPHI 1**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA<sup>1</sup>**

**Título:** Resiliência da força de trabalho em enfermagem: adaptação transcultural de um modelo.

**Pesquisadoras:** Regina Rigatto Witt<sup>2</sup> e Walnice Jung.

**Instituição/Departamento:** Escola de Enfermagem da UFRGS.

**Contato:** (51) 3308-5226 regina.witt@ufrgs.br e walnicejung@gmail.com

**1- Número de identificação:** ( ) Especialista 1 ( ) Especialista 2 ( ) Especialista 3  
( ) Especialista 4 ( ) Especialista 5 ( ) Especialista 6 ( ) Especialista 7

**Prezado (a) Especialista (a),**

Para que possamos realizar uma adequada adaptação transcultural do modelo teórico de resiliência HSWERM, do idioma original (inglês) para o idioma alvo (português do Brasil), solicitamos sua contribuição nesta etapa de validação, em atendimento aos objetivos da nossa pesquisa conforme apresentados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para tanto, será necessário que você analise cuidadosamente cada domínio do modelo (versão brasileira e original) e responda às perguntas referentes à equivalência conceitual e de itens, semântica, idiomática e cultural e entre a versão traduzida e a original do modelo HSWERM.

**Desde já as pesquisadoras expressam agradecimento pela sua valiosa contribuição.**

---

<sup>1</sup> Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (CEP/HCPA) pelo telefone (51) 3359-7640 de Segunda a Sexta-feira, das 8h às 17hs. Endereço: Rua. Ramiro Barcelos, 2350 - Bairro Santa Cecília. Município: Porto Alegre - RS. *E-mail:* cep@hcpa.edu.br. Como também poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP/UFRGS) pelo telefone: (51) 3308.3738 - Fax: (51) 3308.4085. Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro. Bairro: Farroupilha. CEP 90.040-060 UF: RS. Município: Porto Alegre.

<sup>2</sup> Endereço Pesquisadora Principal: Rua São Manoel, 963 - Rio Branco, Porto Alegre - RS, 90620-110, Escola de Enfermagem da UFRGS, Bairro Rio Branco, Porto Alegre - RS. Telefone: (51) 3308-5226; *e-mail:* regina.witt@ufrgs.br

**QUESTÕES REFERENTES À EQUIVALÊNCIA SEMÂNTICA:**

1. A primeira versão do modelo HSWER-Brasil apresenta ortografia correta?
2. O vocabulário da versão traduzida apresenta significado similar à versão original do modelo HSWERM?
3. A versão traduzida apresenta erros gramaticais?

**QUESTÕES REFERENTES À EQUIVALÊNCIA IDIOMÁTICA:**

2. As expressões idiomáticas ou palavras de difícil tradução da escala original foram substituídas por palavras equivalentes na versão brasileira?

**QUESTÃO REFERENTE À EQUIVALÊNCIA CULTURAL:**

3. A tradução deste item possui relação com o contexto cultural da população na qual o modelo será aplicado (enfermeiros)?

**QUESTÃO REFERENTE À EQUIVALÊNCIA CONCEITUAL E DE ITENS:**

4. A tradução deste item apresenta palavras com significados conceituais equivalentes à versão original do modelo?

**QUESTÕES REFERENTES AOS ITENS DOS DOMÍNIOS DO MODELO HSWERM:****1. De modo geral, como você avalia o Modelo HSWERM? \***

( ) Bom ( ) Regular ( ) Ruim

**2. Levando em consideração sua experiência profissional no contexto brasileiro, como você avalia os itens do Modelo HSWERM?**

- ( ) Não pertinente à área da saúde.  
 ( ) Parcialmente pertinente à área da saúde.  
 ( ) Totalmente pertinente à área da saúde.

**3. Você considera que a versão traduzida do Modelo HSWERM apresenta-se coerente e adequada para o contexto brasileiro? Ela possui todas as equivalências em relação à versão original? ( ) Sim ( ) Mais ou menos ( ) Não. Por quê?****4. Quais sugestões você daria para melhorar a tradução?****5. Você teve dificuldade em compreender algum item?**

( ) Sim ( ) Não ( ) Alguns. Qual (is)? \_\_\_\_\_

**6. Você considera os itens do Modelo HSWERM importantes para orientar a construção e fortalecimento da resiliência no ambiente de trabalho dos profissionais na área da saúde?**

Sim  Mais ou menos  Não

**7. Você mudaria algum item do Modelo HSWERM?**

Sim  Não

**8. Você acrescentaria algum item do Modelo HSWERM?**

Sim  Não

**CODIFICAÇÃO DAS OPÇÕES DE RESPOSTAS PARA AS QUESTÕES DE 9 A 12:**

TA= Tradução Adequada

TPA=Tradução Parcialmente Adequada

TI=Tradução Inadequada

Em caso de Tradução Parcialmente Adequada ou Tradução Inadequada, utilize o espaço reservado ao final deste instrumento para realizar as considerações necessárias.

**9. Como você avalia os domínios “apoio” do Modelo HSWERM?**

TA  TPA  TI

**10. Como você avalia os domínios “desenvolvimento” do Modelo HSWERM? \***

**11. Como você avalia os fatores ambientais e individuais da resiliência elencados no Modelo HSWERM? \***

**12. Como você avalia a linguagem do texto do modelo HSWERM? \***

**13. Você considera que o Modelo HSWERM-Brasil pode contribuir para a resiliência no ambiente de trabalho dos profissionais de saúde no contexto brasileiro? \***

Não  Sim

**14. Você considera que o Modelo HSWERM-Brasil pode contribuir para pesquisas brasileiras? \*  Não  Sim**

**15. Você considera a validação do Modelo HSWERM-Brasil relevante para os enfermeiros no Brasil? \*  Não  Sim**

**16. Você considera que o Modelo HSWERM-Brasil constitui um recurso adequado à aquisição de novos conhecimentos, representação e compreensão dos fatores individuais**

**e ambientais que constroem e mantêm a resiliência no âmbito do trabalho dos profissionais da área da saúde?\*( ) Não ( ) Sim**

**17. Sobre a formatação do Modelo HSWERM-Brasil, qual é a de sua preferência? \***

( ) Formatação original (em tabela)

( ) Formato em representação esquemática (diagrama, fluxograma, figura, outros).

Se outros, apresente sugestões:

---

**18. Em quais contextos práticos de trabalho dos enfermeiros você indicaria o emprego do Modelo HSWERM-Brasil?**

( ) atenção primária ( ) atenção hospitalar ( ) atenção especializada ou ambulatorial

**19. Você vê utilidade no Modelo HSWERM-Brasil para instâncias de gestão de enfermeiros? ( ) Sim ( ) Não ( ) Mais ou menos**

**20. SUGESTÕES OU COMENTÁRIOS**

**Gostaria de fazer outras sugestões ou comentários a respeito desse modelo traduzido?**

( ) Sim ( ) Não. Se sim, qual (is)?

**Agradecemos sua valiosa colaboração.**

**Walnice Jung - Doutoranda**

**Regina Rigatto Witt - Professora Orientadora**

## APÊNDICE F – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - ESPECIALISTAS - ETAPAS 4 E 6.

**CAAE: 16100919.0.0000.5347**

Título do Projeto: “RESILIÊNCIA DA FORÇA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE UM MODELO”

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é traduzir e validar um modelo teórico de resiliência no trabalho de enfermeiros, por meio da Técnica Delphi e que prevê a composição de um grupo de especialistas no tema resiliência e na tradução/adaptação de modelos ou instrumentos. Esta pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curso de Doutorado, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Tem como pesquisadoras responsáveis a doutoranda Walnice Jung e a professora orientadora Dr<sup>a</sup> Regina Rigatto Witt.

Caso aceite em participar, nesta etapa do estudo, com o grupo de Comitê de *Experts*; você deverá realizar os relatórios de consenso das traduções de um modelo teórico de resiliência e responder a um formulário que avalia a equivalência transcultural do Modelo HSERWM para fins de adequação ao contexto cultural e estilo de trabalho dos enfermeiros brasileiros. Serão avaliados os aspectos do modelo teórico traduzido: equivalência conceitual, de itens, semântica, operacional e funcional por meio de um formulário com questões fechadas e abertas sobre os itens do modelo.

O modelo teórico de resiliência denominado HSERWM-Brasil é composto por seis tabelas e foi adaptado na forma de questionário autopreenchido, composto por questões para assinalar uma alternativa e um item para sugestão, a fim de que você proponha os ajustes necessários nos conceitos e fatores ambientais relacionados à resiliência da força de trabalho da enfermagem.

Esta etapa do estudo será realizada através de dois encontros com tempo estimado em 40 minutos a uma hora, a ser realizada na sala da chefia de enfermagem da sua unidade ou nas dependências da Escola de Enfermagem da UFRGS, em horário diferente ao de seu trabalho e conforme agendamento entre a pesquisadora e você.

O estudo apresenta risco mínimo e os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são desconforto e insegurança ao responder às questões ou o tempo de resposta ao formulário. Neste caso você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou recusar responder qualquer pergunta ou desistir e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são contribuir para avaliar a clareza e entendimento das informações deste modelo, o qual auxiliará o desenvolvimento e manutenção da resiliência do enfermeiro no ambiente de trabalho. Os subsídios fornecidos tanto para a construção de conhecimento como também pela possibilidade de elaboração de um diagnóstico, poderão contribuir numa perspectiva de promoção da resiliência dos trabalhadores, favorecendo o processo de trabalho.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao vínculo institucional que você recebe ou poderá vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderá ser ressarcido por despesas decorrentes de sua participação [ex.: despesas de transporte e alimentação], cujos custos serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, pode entrar em contato com a pesquisadora responsável Professora Dr<sup>a</sup>. Regina Rigatto Witt, pelo telefone (51) 3308.5226. Endereço: Rua São Manoel, 963 - Rio Branco, Porto Alegre - RS, 90620-110, Escola de Enfermagem da UFRGS, Bairro Rio Branco, Porto Alegre-RS. Telefone: (51) 3308-5226; *e-mail*: regina.witt@ufrgs.br. Ou com a pesquisadora doutoranda Walnice Jung, pelo fone [REDACTED]. Ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h. Como também poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP/UFRGS) pelo telefone: (51) 3308.3738 - Fax: (51) 3308.4085. Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro. Bairro: Farroupilha. CEP 90.040-060 UF: RS. Município: Porto Alegre.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

\_\_\_\_\_  
Nome do participante da pesquisa

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
Nome do pesquisador que aplicou o Termo

\_\_\_\_\_  
Assinatura

Local e Data: \_\_\_\_\_

**APÊNDICE G – AVALIAÇÃO DAS EQUIVALÊNCIAS PELOS ESPECIALISTAS (DELPHI 1)**

<b>ITEM</b>	<b>TEXTO ORIGINAL</b>	<b>E 1</b>	<b>E 2</b>	<b>E 3</b>	<b>E 4</b>	<b>E 5</b>
Título	Modelo de resiliência do ambiente de trabalho nos serviços de saúde – (HSWERM-Brasil)	Modelo de resiliência no ambiente de trabalho dos serviços de saúde.	-	Sugere trocar “nos” por “em” serviços de saúde.	Sugere traduzir por “Modelo de resiliência do processo de trabalho nos serviços de saúde”, pois dessa forma talvez fique mais amplo o enfoque da resiliência, abrangendo os trabalhadores e o ambiente de trabalho.	Modelo de resiliência no ambiente de trabalho dos serviços de saúde – (HSWERM-Brasil)
<b>DOMÍNIO 1: APOIO PROFISSIONAL</b>						
Equivalência semântica	<p><b>Conceitos organizacionais: definição</b> Apoio profissional são os processos e práticas no local de trabalho para acesso a conhecimentos específicos que habilitam os enfermeiros a agir</p>	<p>Linhas de comunicação claras tanto a nível da unidade quanto da organização.</p> <p>Liderança receptiva, compreensiva e apoiadora tanto a nível da unidade quanto da</p>	-	-	Linhas de comunicação claras tanto no nível da unidade como no da organização. Liderança receptiva, compreensiva e apoiadora, tanto no nível da unidade como no da organização.	Apoio profissional se refere aos processos e práticas existentes no local de trabalho para acesso a conhecimentos especializados que habilitam os enfermeiros a agir eticamente, respeitosamente e beneficiar o cuidado



	eticamente, respeitosamente e beneficiar o cuidado aos pacientes.	organização.				aos pacientes. Linhas de comunicação são claras tanto no nível da unidade como no da organização. Acesso em tempo oportuno ao gerente/supervisor para orientação acerca de dilemas da prática.
Equivalência idiomática	(Profissionalismo) <b>Fatores do ambiente para: Apoio profissional</b> -Linhas de	Oportunidade de acesso junto ao gerente/supervisor para orientação sobre dilemas da prática.	-	-		
Equivalência cultural	comunicação claras tanto no nível da unidade como no da organização. -Liderança receptiva, compreensiva e apoiadora, tanto no nível da unidade como no da organização. -Acesso oportuno ao gerente/supervisor para orientação acerca de dilemas da prática. -Relações de trabalho respeitosas com os colegas.	-	Linhas de comunicação claras tanto no nível da unidade como no da organização em geral. Obs.: o especialista não sabe se fica claro para quem for utilizar que será avaliada a comunicação na unidade e na organização em geral.	-		
<b>DOMÍNIO 2: APOIO NA PRÁTICA</b>						

Equivalência semântica	<p><b>Conceitos Organizacionais:</b>  <b>Definição</b>  Apoio para a prática são processos no local de trabalho que tornam os enfermeiros capazes de prestar cuidados competentes e centrados no paciente.  (Competência)</p>	Organização apoia a colaboração interprofissional respeitosa que facilita um cuidado seguro ao paciente.	-	-	<p><b>Conceitos Organizacionais:</b>  <b>Definição</b>  Apoio para a prática são processos no local de trabalho que favorecem os enfermeiros a prestar cuidados competentes e centrados no paciente.  (Competência)  <b>Fatores do ambiente para:</b></p>	<p><b>Domínio 2: Apoio na prática</b>  <b>Conceitos Organizacionais:</b>  <b>Definição</b>  Apoio às práticas são processos no local de trabalho que permitem que os enfermeiros prestem cuidados competentes e centrados no paciente.</p>
Equivalência cultural		Expectativas claras acerca da função (papéis e responsabilidades) tanto a nível da unidade quanto da organização.	-	-		

<p>Questão referente à equivalência conceitual e de itens:</p>	<p><b>Fatores do ambiente para: Apoio na prática</b>          -Claras expectativas acerca da função (papéis a serem exercidos) tanto no nível da unidade como no da organização.          -A alocação de pacientes compatível com as habilidades e experiências individuais.          -Proporção enfermeiro-paciente e sistemas para alocação de pessoal consideram a experiência e a complexidade do cuidado.          -Fácil acesso a políticas e procedimentos clínicos atuais.          -Equipamento essencial disponível e funcionando adequadamente para a prestação de cuidados de saúde.          -A organização apoia uma</p>	<p>Alocação de pacientes compatível com as habilidades e experiências individuais.          Obs.: o especialista pontua como “Confuso”.</p>	-	-	<p><b>Apoio na prática</b>          Claras expectativas acerca da função no nível da unidade e organizacional          Equipamento essencial disponível e adequado para a prestação de cuidados de saúde.          A organização apoia uma colaboração interprofissional respeitosa que facilite <del>um</del> o cuidado seguro ao paciente.</p>	
--	--	---	---	---	--	--

<b>DOMÍNIO 3: APOIO PESSOAL</b>						
Equivalência semântica	<p><b>Conceitos organizacionais: Definição</b> Apoio pessoal são as políticas e processos de saúde e segurança do local de trabalho que permitem que os enfermeiros se sintam conectados, seguros e se mantenham bem. (Bem-estar)</p> <p><b>Fatores do ambiente para: Apoio pessoal</b> -Cultura da unidade e da organização que serve de modelo de gentileza e de comportamentos positivos da equipe. -Reuniões da equipe regulares que tratam de fontes de estresse e buscam soluções colaborativas.</p>	<p>Apoio pessoal são as políticas e processos de saúde e segurança no local de trabalho que permitem que os enfermeiros se sintam vinculados, seguros e se mantenham bem.</p>	-	<p>Retirar a palavra “a” (tachada): “Disponibilização de espaços físicos propícios para a exercícios...”</p>	<p><b>Fatores do ambiente para: Apoio pessoal</b> Cultura da unidade e organizacional que serve de modelo de gentileza e de comportamentos positivos da equipe. Reuniões de equipe regulares que encontram fontes de estresse e buscam soluções colaborativas. Política Organizacional de Segurança e Saúde que maximizam o bem-estar físico e psicológico, incluindo o controle da violência no local de trabalho. Pausas oportunas disponíveis após situações desafiadoras para praticar estratégias de recomposição de foco (<i>recomposição</i></p>	<p><b>Conceitos organizacionais: Definição</b> Apoio pessoal se refere às políticas e processos de saúde e segurança do local de trabalho que permitem que os enfermeiros se sintam conectados, seguros e se mantenham bem. <b>Fatores do ambiente para: Apoio pessoal</b> -Reuniões regulares da equipe para resolver as fontes de estresse e buscar soluções colaborativas. -Acesso em tempo hábil a assistência para estados de ansiedade. -O acesso a férias/licença por tempo de serviço ou por motivos pessoais é incentivado quando um período para autocuidado é</p>
		<p>Reuniões de equipe regulares que abordam as fontes de estresse e buscam soluções colaborativas.</p>				
		<p>Políticas de Saúde e Segurança organizacionais que maximizam o bem-estar físico e psicológico, incluindo controle da violência no local de trabalho. Obs.: o especialista recomenda</p>				

	-Políticas de Segurança e Saúde da Organização que maximizam o bem-estar físico e psicológico, incluindo controle de violência no local de trabalho. -Pausas para refeição planejadas e monitoradas para garantir que sejam usufruídas. -Oportunidades disponíveis para pausas após situações desafiadoras para praticar estratégias de recomposição de foco ( <i>mindfulness</i> ). -Sistema de escala que facilita o descanso e o envolvimento com a família, amigos e comunidade. -Acesso a assistência precoce para estados de ansiedade.	manter esta ordem para padronização na escrita e questão anterior.			<i>de foco</i> ) Sistema de escala que facilita o descanso e o envolvimento com a família, amigos e comunidade. Acesso à assistência precoce para estados de ansiedade. O acesso a férias/licença por tempo de serviço ou por motivos pessoais é incentivado quando necessário para cuidados pessoais. Disponibilização de espaços físicos propícios para a exercícios de respiração, para recomposição de foco e meditações breves (recomposição de foco)	necessário.
Equivalência idiomática		Oportunidades de pausas após situações desafiadoras para praticar estratégias de recomposição do foco (alívio do estresse). Obs.: substituir o termo “ <i>mindfulness</i> ”.	-	-		
		<u>Acesso a férias / licença por tempo de serviço ou por motivos pessoais é incentivado sempre que necessário o autocuidado.</u>				
		Disponibilização de espaços físicos propícios a exercícios respiratórios para recomposição do foco (alívio do estresse)				

	-Acesso a programas de assistência ao trabalhador. -O acesso a férias/licença por tempo de serviço ou por motivos pessoais é incentivado sempre que for necessário tempo fora de serviço para cuidados pessoais. Disponibilização de espaços físicos propícios a exercícios de respiração para recomposição de foco e meditações breves ( <i>Mindfulness</i> ).	Obs.: substituir o termo “ <i>mindfulness</i> ”.				
Equivalência cultural		-	-	Na frase: “...sempre que for necessário tempo fora do serviço para cuidados pessoais”. Tenho duas sugestões: 1. “for necessário tempo fora do trabalho para...” ou “for necessário afastar-se do trabalho”. Todas as vezes que o trabalhador precisa retirar-se do trabalho, o termo mais utilizado é “afastamento” (que pode ser por diferentes razões).		

Questão referente à equivalência conceitual e de itens:		Pausas para refeição planejadas e monitoradas para garantir que sejam usufruídas. Obs.: o especialista pontua como “Confuso”.	-	-		
<b>DOMÍNIO 4: DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL</b>						
Apontamentos referentes a avaliação da Tradução e BT1, BT2 e versão original do <small>tratamento</small>	<p><b>Conceitos organizacionais:</b> <b>Definição</b> Desenvolvimento profissional são os processos do local de trabalho que proporcionam oportunidades para os enfermeiros se dedicarem à reflexão,</p>	-	Oportunidades que incentivam a reflexão sobre práticas, sentimentos e crenças e as consequências destes para indivíduos/grupos . - Acesso a licença para capacitação.	-	<p><b>Fatores do ambiente para: Desenvolvimento profissional</b> -Programas de mentoria disponíveis que promovem amplas reflexões e planejamento do desenvolvimento da carreira. Acesso a licença</p>	Na tradução de desenvolvimento profissional sugiro substituir “são” por “se refere” ou mudar “são” para o singular “é”, e aí teria que alterar as demais palavras para o singular.
Equivalência semântica	desenvolvimento de carreira e formação continuada. (Profissionalismo) <b>Fatores do ambiente para: Desenvolvimento profissional</b>	Desenvolvimento profissional são os processos <u>no</u> local de trabalho que proporcionam oportunidades para os enfermeiros se dedicarem à	-	Estão faltando as traduções dos dois itens destacados: Opportunities that encourage reflection on practice, feelings and beliefs and the consequences of these for individuals/groups.A	para estudos/aperfeiçoamento.	

	<p>-Programas de mentoria disponíveis que promovem reflexões mais amplas e planejamento do desenvolvimento da carreira. Processos de revisão de desempenho que promovem o desenvolvimento do conhecimento e habilidades.</p>	<p>reflexão, desenvolvimento da carreira e formação continuada.</p>	<p>Programas de mentoria disponíveis que promovem uma visão mais ampla e planejamento do desenvolvimento da carreira.</p>	<p>Oportunidades que incentivam a reflexão sobre as práticas, sentimentos e crenças e as consequências destes para indivíduos/grupos .</p>		<p>ccess tostudyleave.</p>		
--	--	---	---	--	--	----------------------------	--	--



Equivalência idiomática		-	-	Estão faltando as traduções dos dois itens destacados: - Opportunities that encourage reflection on practice, feelings and beliefs and the consequences of these for individuals/groups. -Access to study leave.		
Equivalência cultural		Acesso a licença para estudos / capacitação	-	Estão faltando as traduções dos dois itens destacados: Opportunities that encourage reflection on practice, feelings and beliefs and the consequences of these for individuals/groups. Access to study leave.		
<b>DOMÍNIO 5: DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL</b>						
Equivalência semântica	<b>Conceitos organizacionais:</b>	Desenvolvimento da prática são os	-	-	Domínio 4 e 5 possuem o mesmo	<b>Conceitos organizacionais:</b>

	<p><b>Definição</b> Desenvolvimento da prática são os processos do local de trabalho que proporcionam oportunidades para aprimorar a prática de enfermagem clínica. (Competência) <b>Fatores do</b></p>	<p>processos no local de trabalho que proporcionam oportunidades para aprimorar a prática clínica de enfermagem.</p> <hr/> <p>Sistemas de supervisão clínica que promovam competência e confiança.</p>			<p>título, portanto sugere: Domínio 5: Desenvolvimentoa Prática</p>	<p><b>Definição</b> Desenvolvimento da prática se refere aos processos do local de trabalho que proporcionam oportunidades para aprimorar a prática clínica de enfermagem. <b>Fatores do ambiente para:</b></p>
--	---	--	--	--	---	---

Equivalência cultural	<p><b>ambiente para: Desenvolvimento da prática</b></p> <p>-Oportunidades para o desenvolvimento continuado de práticas clínicas envolvendo conhecimento, habilidades e solução de problemas.</p> <p>-Sistemas de supervisão clínica que desenvolvem competência e confiança.</p> <p>Oportunidades para questionar e aprender com os erros usando uma abordagem educativa ao invés de punitiva.</p>	<p>Oportunidades para o desenvolvimento contínuo da prática clínica envolvendo conhecimento, habilidades e solução de problemas.</p>	-	-		<p><b>Desenvolvimento da prática</b></p> <p>-Oportunidades para refletir e aprender com os erros usando uma abordagem educativa ao invés de punitiva.</p>
<b>DOMÍNIO 6: DESENVOLVIMENTO PESSOAL</b>						

Equivalência semântica	<p><b>Conceitos organizacionais:</b>  <b>Definição</b>          Desenvolvimento pessoal são as políticas e procedimentos do local de trabalho que proporcionam oportunidades para os enfermeiros desenvolverem habilidades que</p>	<p>Desenvolvimento pessoal são as políticas e procedimentos no local de trabalho que proporcionam oportunidades para os enfermeiros desenvolverem habilidades que promovam resiliência.</p>	<p>Formação e treinamento de habilidades sobre atenção plena (<i>mindfulness</i>).          Obs.: o termo “recomposição do foco” soa estranho para o <i>mindfulness</i>.</p>	-	<p>Oportunidades de aprendizado sobre gerenciamento e reconhecimento da ansiedade.</p>	<p>Desenvolvimento pessoal se refere as políticas e procedimentos do local de trabalho que proporcionam oportunidades para os enfermeiros desenvolverem habilidades que promovam resiliência.</p>
------------------------	--	---	--	---	--	---

<p>Questão referente à equivalência conceitual e de itens:</p>	<p>promovam resiliência. (Bem-estar) <b>Fatores do ambiente para: Desenvolvimento pessoal</b> -Oportunidades de aprendizado em enfrentamento adaptativo. -Formação e treinamento sobre atenção plena (<i>mindfulness</i>) e habilidades de recomposição de foco. Oportunidades de aprendizado envolvendo reconhecimento e gerenciamento da ansiedade.</p>	<p>Oportunidades de aprendizado no enfrentamento de situações que requerem adaptação. Obs.: utilizar o conceito de <i> coping</i>.</p>	-	-		
--	---	--	---	---	--	--

Fonte: Dados da pesquisa, 2021.

## APÊNDICE H – FORMULÁRIO PARA APLICAÇÃO DO PRÉ-TESTE (ENFERMEIROS)

**TÍTULO:** RESILIÊNCIA DA FORÇA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM:  
ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE UM MODELO

### **DESCRIÇÃO DO FORMULÁRIO:**

Convidamos você a participar da pesquisa "RESILIÊNCIA DA FORÇA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE UM MODELO",

Esta pesquisa tem por objetivo realizar a adaptação transcultural do modelo teórico de resiliência intitulado *Health Services Workplace Environmental Resilience Model* (HSWERM), da língua inglesa para a língua portuguesa do Brasil.

O modelo foi traduzido por um grupo de especialistas no tema resiliência e na tradução/adaptação de modelos ou instrumentos. Suas respostas contribuirão para avaliar a clareza, a compreensão e pertinência do modelo traduzido, de forma que seja relevante para a cultura e realidade brasileira.

Para participar, basta ler atentamente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, em seguida, clicar em "Declaro que li, compreendi e concordo..." para continuar. Se precisar interromper a pesquisa, basta retomar de onde parou acessando o *link* que foi enviado por *e-mail*.

Agradecemos desde já!

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

Título do Projeto: "RESILIÊNCIA DA FORÇA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM:  
ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE UM MODELO"

**CAAE: 16100919.0.0000.5347**

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é traduzir e validar um modelo teórico de resiliência no trabalho de enfermeiros. Esta pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curso de Doutorado, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Tem como pesquisadoras responsáveis a doutoranda Walnice Jung e a professora orientadora Dra. Regina Rigatto Witt. Caso aceite participar desta etapa do estudo você deverá responder a um formulário que possui questões sociodemográficas, ocupacionais e ao final será solicitado que proponha os ajustes necessários aos conceitos e fatores ambientais relacionados à resiliência no modelo teórico.

O estudo apresenta risco mínimo como possível desconforto decorrente da participação ao responder as questões ou do tempo de resposta ao questionário, estimado em 20 minutos. Neste caso você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar, recusar responder qualquer pergunta ou de desistir e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os benefícios decorrentes da sua participação na pesquisa são: contribuir para avaliar a clareza e entendimento das informações deste modelo, o qual auxiliará o desenvolvimento e manutenção da resiliência do enfermeiro no ambiente de trabalho.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável Professora Dra. Regina Rigatto Witt, pelo telefone (51) 3308.5226. Endereço: Rua São Manoel, 963 - Rio Branco, Porto Alegre - RS, 90620-110, Escola de Enfermagem da UFRGS, Bairro Rio Branco, Porto Alegre - RS. *E-mail*: regina.witt@ufrgs.br ou com a pesquisadora doutoranda Walnice Jung, pelo fone [REDACTED]. Ou ainda com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h. Como também poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP/UFRGS) pelo telefone: (51) 3308.3738 - Fax: (51) 3308.4085. Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro. Bairro: Farroupilha. CEP 90.040-060 UF: RS. Município: Porto Alegre.

**Campo obrigatório para assinalar:**

Declaro que li, compreendi e concordo com os objetivos e condições do meu envolvimento nesta pesquisa, assinando o TCLE.

**Recebimento do TCLE (campo com resposta obrigatória):**

Desejo receber uma via deste termo de consentimento livre esclarecido por *e-mail*.

Não desejo receber uma via deste termo de consentimento livre esclarecido por *e-mail*.

**Recebimento dos Resultados da Pesquisa (campo com resposta obrigatória):**

Gostaria de receber os resultados desta pesquisa por *e-mail*.

Não tenho interesse em receber os resultados desta pesquisa.

***E-mail* do participante (campo com resposta obrigatória):**

\_\_\_\_\_

**Informações sociodemográficas e ocupacionais (campo com resposta obrigatória):**

**Nome completo (só as iniciais):**

\_\_\_\_\_

**Sexo: (alternativa com uma única opção de resposta)**

Feminino

Masculino

**Idade (somente números):** \_\_\_\_\_

**Estado Civil: (alternativa com uma única opção de resposta)**

Solteiro

Casado/União estável

Divorciado

**Maior Titulação: (alternativa com uma única opção de resposta)**

Graduação

Especialização ou Residência

Mestrado

Doutorado

Pós-doutorado

**Cargo: (alternativa com opção de resposta de assinalar ou descritiva na alternativa outros)**

Enfermeira da equipe de enfermagem

Gestor de enfermagem

Outros

**Setor de trabalho: (alternativa com opção múltiplas respostas e descritiva na alternativa outros)**

Enfermagem em Atenção Primária em Saúde

Enfermagem em Adição

Enfermagem Psiquiátrica

Enfermagem em Centro Cirúrgico

Educação em Enfermagem

Enfermagem Pediátrica

Enfermagem em Emergência

Enfermagem Ambulatorial

Enfermagem Onco-hematológica

Enfermagem em Neonatologia

Enfermagem Cirúrgica

Enfermagem em Terapia Intensiva

Enfermagem Cardiovascular, Nefrologia e Imagem

Enfermagem Clínica

Enfermagem Materno-infantil

Enfermagem em Internação Clínica

Outros

**Turno de trabalho: (alternativa com opção múltiplas respostas e descritiva na alternativa outros)**

Manhã

Tarde

Noite

Intermediário

Final de Semana

Folguista

Integral

Outros

**Tempo de experiência profissional com enfermeiro:**

Menos do que u1 ano

De 1 a 5 anos

De 5 a 10 anos

De 10 a 20 anos

Mais do que 20 anos



**Tempo de atuação como enfermeiro na instituição que trabalha atualmente:**

Menos do que u1 ano

De 1 a 5 anos

De 5 a 10 anos

De 10 a 20 anos

Mais do que 20 anos

**Em caso de ocupar atualmente cargo de chefia de setor, tempo de atuação como chefia:**

Menos do que u1 ano

De 1 a 5 anos

De 5 a 10 anos

De 10 a 20 anos

Mais do que 20 anos

Não se aplica

**PRÉ-TESTE DO MODELO HSWERM - Brasil****INSTRUÇÕES:**

Baseado em suas experiências como enfermeiro(a) ou chefia de enfermagem, pense no que você espera de uma instituição de saúde que promove a resiliência dos enfermeiros. Não pense em uma instituição específica, mas considere os fatores do ambiente de trabalho que você julga importantes para fortalecer ou promover a resiliência da equipe de enfermagem no contexto brasileiro.

Para fins deste projeto, a resiliência é considerada a capacidade de o indivíduo ou grupo enfrentar as adversidades, ser transformado por elas, mas conseguir superá-las. O modelo pressupõe que a resiliência é produto de dois elementos principais: fatores pessoais e fatores ambientais, que formam um banco de recursos capazes de proteger o indivíduo contra danos e promover o bem-estar geral.

O HSWERM é um modelo teórico desenvolvido a partir de fatores ambientais do local de trabalho identificados na literatura. Este modelo apresenta dois conceitos organizacionais: Apoio e Desenvolvimento. O Apoio é definido como aquelas intervenções no ambiente laboral que permitem que os enfermeiros suportem pressões no local de trabalho, enquanto o Desenvolvimento é definido como intervenções no local de trabalho que capacitam os enfermeiros a melhorar seu potencial profissional, da prática e pessoal.

Os fatores estão agrupados em três domínios segundo estes dois conceitos:

1. Profissional: engloba o bem-estar individual dos enfermeiros.
2. Prática: compreende as habilidades, capacidades e competências específicas da profissão.
3. Pessoal: é sobre um ideal de serviço que inclui aprendizagem ao longo da vida e adesão ao comportamento ético.

Leia e avalie cada item do modelo traduzido apresentado a seguir, segundo a escala numérica de 1 a 5. Escala Likert: (Discordo plenamente) 1 a 5 (Concordo Plenamente)

Por favor dê sugestões e solicitamos se possível que registre as suas dificuldades e dúvidas quanto aos itens.

**Título do HSWERM-Brasil:** "Modelo de resiliência do ambiente de trabalho nos serviços de saúde – (HSWERM-Brasil)"

**Você mudaria ou acrescentaria algo ao título?**

**Domínio 1** - Conceitos e fatores do ambiente de trabalho relacionados ao apoio profissional.

<b>Domínio 1: APOIO PROFISSIONAL</b>	<b>Escala Likert</b>
<p><b>Conceitos organizacionais: definição</b>  Apoio profissional se refere aos processos e práticas existentes no local de trabalho para acesso a conhecimentos especializados que habilitam os enfermeiros a agir eticamente, respeitosamente e beneficiar o cuidado aos pacientes.  (Profissionalismo)</p>	1 2 3 4 5
<p><b>Fatores do ambiente para: Apoio profissional</b>  - Linhas de comunicação claras tanto ao nível da unidade quanto da organização.  - Liderança receptiva, compreensiva e apoiadora, tanto ao nível da unidade quanto da organização.  - Oportunidade de acesso junto ao gerente/supervisor para orientação acerca de dilemas da prática.  - Relações de trabalho respeitosas com os colegas.</p>	1 2 3 4 5

**Avaliação dos “Conceitos organizacionais: definição” de acordo com a Escala Likert 5 pontos:**

**Avaliação dos “Fatores do ambiente para: apoio profissional” de acordo com a Escala Likert 5 pontos:**

**Você mudaria ou acrescentaria algum item do domínio 1? (texto com resposta descritiva)**

**Domínio 2** - Conceitos e fatores do ambiente de trabalho relacionados ao apoio na prática.

<b>Domínio 2: APOIO NA PRÁTICA</b>	<b>Escala Likert</b>
<p><b>Conceitos Organizacionais: Definição</b>  Apoio às práticas se refere aos processos no local de trabalho que habilitam os enfermeiros a prestar cuidados competentes e centrados no paciente.  (Competência)</p>	1 2 3 4 5
<p><b>Fatores do ambiente para: Apoio na prática</b>  - Expectativas claras acerca da função (papéis e responsabilidades) tanto ao nível da unidade quanto da organização.  -Alocação de pacientes compatível com as habilidades e experiências individuais.  -Proporção enfermeiro-paciente e sistemas para alocação de pessoal consideram a experiência e a complexidade do cuidado.  - Fácil acesso a políticas e procedimentos clínicos atuais.  -Equipamento essencial disponível e funcionando adequadamente para a prestação de cuidados de saúde.  -A organização apoia uma colaboração interprofissional respeitosa que facilite o cuidado seguro ao paciente.</p>	1 2 3 4 5

**Avaliação dos “Conceitos organizacionais: definição” de acordo com a Escala Likert 5 pontos:**

**Avaliação dos “Fatores do ambiente para: apoio profissional” de acordo com a Escala Likert 5 pontos:**

**Você mudaria ou acrescentaria algum item do domínio 2? (texto com resposta descritiva)**

**Domínio 3 - Conceitos e fatores do ambiente de trabalho relacionados ao apoio pessoal**

<b>Domínio 3: APOIO PESSOAL</b>	<b>Escala Likert</b>
<p><b>Conceitos organizacionais: Definição</b>            Apoio pessoal são as políticas e processos de saúde e segurança do local de trabalho que permitem que os enfermeiros se sintam conectados, seguros e se mantenham bem.            (Bem-estar)</p>	<p>1 2 3 4 5</p>
<p><b>Fatores do ambiente para: Apoio pessoal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cultura da unidade e da organização que serve de modelo de gentileza e de comportamentos positivos da equipe.</li> <li>- Reuniões da equipe regulares que tratam de fontes de estresse e buscam soluções colaborativas.</li> <li>- Políticas de Segurança e Saúde da Organização que maximizam o bem-estar físico e psicológico, incluindo controle de violência no local de trabalho.</li> <li>- Pausas para refeição planejadas e monitoradas para garantir que sejam usufruídas.</li> <li>- Oportunidades disponíveis para pausas após situações desafiadoras para praticar estratégias de recomposição de foco (<i>mindfulness</i>).</li> <li>- Sistema de escala que facilita o descanso e o envolvimento com a família, amigos e comunidade.</li> <li>- Acesso a assistência precoce para estados de ansiedade.</li> <li>- Acesso a programas de assistência ao trabalhador.</li> <li>- O acesso a férias/licença por tempo de serviço ou por motivos pessoais é incentivado sempre que for necessário tempo fora de serviço para cuidados pessoais.</li> <li>- Disponibilização de espaços físicos propícios a exercícios de respiração para recomposição de foco e meditações breves (<i>mindfulness</i>).</li> </ul>	<p>1 2 3 4 5</p>

**Avaliação dos “Conceitos organizacionais: definição” de acordo com a Escala Likert 5 pontos:**

**Avaliação dos “Fatores do ambiente para: apoio profissional” de acordo com a Escala Likert 5 pontos:**

**Você mudaria ou acrescentaria algum item do domínio 3? (texto com resposta descritiva)**

**Domínio 4** - Conceitos e fatores do ambiente de trabalho relacionados ao desenvolvimento profissional.

<b>Domínio 4: DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL</b>	<b>Escala Likert</b>
<p><b>Conceitos organizacionais: Definição</b>            Desenvolvimento profissional se refere aos processos do local de trabalho que proporcionam oportunidades para os enfermeiros se dedicarem à reflexão, desenvolvimento de carreira e formação continuada.            (Profissionalismo)</p>	1 2 3 4 5
<p><b>Fatores do ambiente para: Desenvolvimento profissional</b>            - Programas de mentoria disponíveis que promovem amplas reflexões e planejamento do desenvolvimento da carreira.            - Processos de revisão de desempenho que promovem o desenvolvimento do conhecimento e habilidades.            - Oportunidades que incentivam a reflexão sobre práticas, sentimentos e crenças e as consequências destes para indivíduos/grupos.            - Acesso a licença para estudos e aperfeiçoamento.</p>	1 2 3 4 5

**Avaliação dos "Conceitos organizacionais: definição" de acordo com a Escala Likert 5 pontos:**

**Avaliação dos "Fatores do ambiente para: apoio profissional" de acordo com a Escala Likert 5 pontos:**

**Você mudaria ou acrescentaria algum item do Domínio 4? (texto com resposta descritiva)**

**Domínio 5** - Conceitos e fatores do ambiente de trabalho relacionados ao desenvolvimento da prática.

<b>Domínio 5: DESENVOLVIMENTO DA PRÁTICA</b>	<b>Escala Likert</b>
<p><b>Conceitos organizacionais: Definição</b>            Desenvolvimento da prática se refere aos processos do local de trabalho que proporcionam oportunidades para aprimorar a prática clínica de enfermagem.            (Competência)</p>	1 2 3 4 5
<p><b>Fatores do ambiente para: Desenvolvimento da prática</b>            - Oportunidades para o desenvolvimento contínuo de práticas clínicas envolvendo conhecimento, habilidades e solução de problemas.            - Sistemas de supervisão clínica que promovam competência e confiança.            - Oportunidades para refletir e aprender com os erros usando uma abordagem educativa ao invés de punitiva.</p>	1 2 3 4 5

**Avaliação dos "Conceitos organizacionais: definição" de acordo com a Escala Likert 5 pontos:**

**Avaliação dos "Fatores do ambiente para: apoio profissional" de acordo com a Escala Likert 5 pontos:**

**Você mudaria ou acrescentaria algum item do domínio 5? (texto com resposta descritiva)**

**Domínio 6** - Conceitos e fatores do ambiente de trabalho relacionados ao desenvolvimento pessoal.

<b>Domínio 6: DESENVOLVIMENTO PESSOAL</b>	<b>Escala Likert</b>
<p><b>Conceitos organizacionais: Definição</b>            Desenvolvimento pessoal se refere às políticas e procedimentos do local de trabalho que proporcionam oportunidades para os enfermeiros desenvolverem habilidades que promovam resiliência.            (Bem-estar)</p>	1 2 3 4 5
<p><b>Fatores do ambiente para: Desenvolvimento pessoal</b>            - Oportunidades de aprendizado no enfrentamento de situações que requerem adaptação.            - Formação e treinamento de habilidades para alívio de estresse sobre atenção plena (<i>mindfulness</i>) e habilidades de recomposição de foco.            - Oportunidades de aprendizado sobre reconhecimento e gerenciamento da ansiedade.</p>	1 2 3 4 5

**Avaliação dos ‘Conceitos organizacionais: definição’ de acordo com a Escala Likert 5 pontos**

**Avaliação dos “Fatores do ambiente para: apoio profissional” de acordo com a Escala Likert 5 pontos**

**Você mudaria ou acrescentaria algum item do domínio 6? (texto com resposta descritiva)**

**AVALIAÇÃO SEMÂNTICA DO MODELO HSWERM - BRASIL PELOS ENFERMEIROS NA ETAPA PRÉ-TESTE**

1. De modo geral, como você avalia o modelo de resiliência HSWERM-Brasil?	(1) BOM (2) REGULAR (3) RUIM
	Caso tenha respondido “regular” ou “ruim”, explique o(s) motivo(s).
2. Como você considera a compreensão dos itens do modelo?	(1) FÁCIL (2) REGULAR (3) DIFÍCIL
	Caso tenha respondido “regular” ou “difícil”, explique o(s) motivo(s).
3. Você teve dificuldade em compreender algum item do modelo?	(1) SIM (2) ALGUMAS VEZES (3) NÃO
	Caso tenha respondido “algumas vezes” ou “não”, explique o(s) motivo(s).
4. Você considera os fatores do ambiente de trabalho apresentados pelo modelo, importantes para promoverem a resiliência dos enfermeiros?	(1) SIM (2) MAIS OU MENOS (3) NÃO
	Caso tenha respondido “mais ou menos” ou “não”, explique o(s) motivo(s).
5. Você mudaria algum item do modelo?	(1) SIM (2) NÃO
	Se sim, como você descreveria o(s) item(ns)?
6. Você acrescentaria algum item no modelo?	(1) SIM (2) NÃO
	Se sim, escreva o(s) item(ns) que você acrescentaria no modelo.
7. Houve algum item que você não quis responder?	(1) SIM (2) NÃO
	Caso tenha respondido “sim”, explique o(s) motivo(s).
Você pode utilizar esse espaço para registrar suas dificuldades na compreensão de qualquer item do modelo para sugerir alterações.	

**APÊNDICE I – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)  
ENFERMEIROS - PRÉ-TESTE (ETAPA 5).**

**CAAE: 16100919.0.0000.5347**

Título do Projeto: “RESILIÊNCIA DA FORÇA DE TRABALHO EM ENFERMAGEM: ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DE UM MODELO”

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa cujo objetivo é traduzir e validar um modelo teórico de resiliência no trabalho de enfermeiros, por meio da Técnica Delphi e que prevê a composição de um grupo de especialistas no tema resiliência e na tradução/adaptação de modelos ou instrumentos. Esta pesquisa está vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Curso de Doutorado, da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Tem como pesquisadoras responsáveis a doutoranda Walnice Jung e a professora orientadora Dra. Regina Rigatto Witt.

Caso aceite participar, nesta etapa do estudo, com o grupo de chefias de enfermagem, você deverá responder a um formulário que possui duas partes. Na primeira deverão ser respondidas as informações sociodemográficas e ocupacionais. Na segunda parte, há um modelo teórico de resiliência denominado HSERWM-Brasil, composto por seis tabelas e adaptado na forma de questionário autopreenchido, composto por duas questões para assinalar uma resposta e um item para sugestão, a fim de que você proponha os ajustes necessários nos conceitos e fatores ambientais relacionados à resiliência da força de trabalho da enfermagem.

Estima-se que a duração da entrevista seja de 40 minutos, a ser realizada na sala da chefia de enfermagem da sua unidade, em horário diferente ao de seu trabalho e conforme agendamento entre a pesquisadora e você.

O estudo apresenta risco mínimo e os possíveis riscos ou desconfortos decorrentes da participação na pesquisa são desconforto e insegurança ao responder às questões ou o tempo de resposta ao questionário. Neste caso você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou recusar responder qualquer pergunta ou desistir e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Os possíveis benefícios decorrentes da participação na pesquisa são contribuir para avaliar a clareza e entendimento das informações deste modelo, o qual auxiliará o desenvolvimento e manutenção da resiliência do enfermeiro no ambiente de trabalho. Os subsídios fornecidos tanto para a construção de conhecimento como também pela possibilidade de elaboração de um diagnóstico, poderão contribuir numa perspectiva de promoção da resiliência dos trabalhadores, favorecendo o processo de trabalho.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao vínculo institucional que você recebe ou poderá vir a receber na instituição.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos, porém, poderá ser ressarcido por despesas decorrentes de sua participação [ex.: despesas de transporte e alimentação], cujos custos serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa.

Caso ocorra alguma intercorrência ou dano, resultante de sua participação na pesquisa, você receberá todo o atendimento necessário, sem nenhum custo pessoal.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, pode entrar em contato com a pesquisadora responsável Professora Dra. Regina Rigatto Witt, pelo telefone (51) 3308.5226. Endereço: Rua São Manoel, 963 - Rio Branco, Porto Alegre - RS, 90620-110, Escola de Enfermagem da UFRGS, Bairro Rio Branco, Porto Alegre-RS. Telefone: (51) 3308-5226; *e-mail*: regina.witt@ufrgs.br. Ou com a pesquisadora doutoranda Walnice Jung, pelo fone [REDACTED] Ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo telefone (51) 33597640, ou no 2º andar do HCPA, sala 2227, de segunda à sexta, das 8h às 17h. Como também poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CEP/UFRGS) pelo telefone: (51) 3308.3738 - Fax: (51) 3308.4085. Endereço: Av. Paulo Gama, 110 - Sala 317 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro. Bairro: Farroupilha. CEP 90.040-060 UF: RS. Município: Porto Alegre.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

---

Nome do participante da pesquisa

---

Assinatura

---

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

---

Assinatura

Local e Data: \_\_\_\_\_



## ANEXO A – ORIGINAL DO MODELO DE RESILIÊNCIA HSWERM

### Health Services Workplace Environmental Resilience Model (HSWERM)

**Table 1: Support -Professional**

Organizational concepts: Definition	Environmental factors for: Support-Professional
Professional Support is the workplace processes and practices for access to expertise that enable nurses to act ethically, respectfully and benefit patient care. (Professionalism)	<ul style="list-style-type: none"> <li>° Lines of communication are explicit at both unit and organization level.</li> <li>° Receptive, understanding, supportive leadership at unit and organizational level.</li> <li>° Timely access to senior clinical support/line manager for guidance on practice dilemmas.</li> <li>° Respectful working relationships with colleagues.</li> </ul>

**Table 2: Support - Practice**

Organizational concepts: Definition	Environmental factors for: Support - Practice
Practice Support is workplace processes that enable nurses to deliver competent patient centred nursing care. (Competence)	<ul style="list-style-type: none"> <li>° Role expectations explicit at both unit and organization level.</li> <li>° Patient allocation matched to the individual skills and experience.</li> <li>° Nurse-patient ratio and systems for staff allocation consider experience and complexity of care.</li> <li>° Easily accessible contemporary clinical policies and procedures.</li> <li>° Essential equipment available and working correctly for healthcare delivery.</li> <li>° Organisation supports respectful inter-professional collaboration that facilitates safe patient care.</li> </ul>

**Table 3: Support - Personal**

Organizational concepts: Definition	Environmental factors for: Support - Personal
<p>Personal Support is the health and safety workplace policies and processes that enable nurses to feel connected, safe and keepwell. (Well-being)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Unit and organizational culture that role models kindness and positive staff behaviours.</li> <li>◦ Regular staff meetings that address sources of stress and seek collaborative solutions.</li> <li>◦ OHS* policies that maximize physical and psychological well-being including workplace violence control.</li> <li>◦ Meal breaks planned and monitored to ensure they can be taken.</li> <li>◦ Time out opportunities available after challenging situation stop practice mindfulness strategies.</li> <li>◦ Roster system that facilitates restand engagement with family, friends and community.</li> <li>◦ Access to early assistance for anxietystates.</li> <li>◦ Access to Employment Assistance Programs</li> <li>◦ Access to annual/long service/ personal leave encouraged when time-out for self- care required.</li> <li>◦ Physical spaces provided conducive to mindfulness breathing exercises and short meditations.</li> </ul>

\* OHS=Occupational Health and Safety.

**Table 4: Development – Professional**

Organizational concepts: Definition	Environmental factors for: Development -professional
<p>Professional Development is the workplace processes that provide opportunities for nurses to engage in reflection, career development and life long learning. (Professionalism)</p>	<p>Mentoring programs available that promotes bigger picture thinking and career development planning. Performance development review processes that promote staged knowledge and skill development. Opportunities that encourage reflection on practice, feelings and beliefs and the consequences of these for individuals/groups. Access to studyleave.</p>

**Table 5:** Development - Practice

Organizational concepts: Definition	Environmental factors for: Development - practice
Practice Development is the workplace processes that provide opportunities to enhance clinical nursing practice. (Competence)	Continual practiced evelopment opportunities around clinical knowledge, skills and problem-solving. Clinical supervision systems that build competence and confidence. Opportunities to debrief and learn from mistakes using an educative rather than a blaming approach.

**Table 6:** Development -Personal

Organizational concepts: Definition	Environmental factorsfor: Development - personal
Personal Development is the workplace policies and procedures that provide opportunities for nurses to develop skills that build resilience. (Well-being)	<ul style="list-style-type: none"> <li>° Learning opportunities in adaptive coping.</li> <li>° Education and training on mindfulness and mindfulness skills.</li> <li>° Learning opportunities around anxiety recognition and management.</li> </ul>

Fonte: Cusack *et al.* (2016).

**ANEXO B – CHECKLIST PARA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO MODELO  
HSWERM**

<b>Etapa 1: Preparo</b>		
1. Há na literatura local instrumento validado disponível para aferir os mesmos desfechos?	SIM	NÃO
2. Há na literatura local ATC do instrumento de interesse já validado?	SIM	NÃO
3. Há equivalência conceitual entre o instrumento a ser adaptado e os valores culturais da população-alvo?	SIM	NÃO
4. Há ciência e permissão da equipe que construiu o instrumento original para a ATC na cultura-alvo?	SIM	NÃO
5. Os pesquisadores da cultura-alvo têm ciência das etapas subsequentes da ATC e possuem recursos para finalizá-la?	SIM	NÃO
<b>Etapa 2: Tradução</b>		
1. Há pelo menos dois tradutores envolvidos no processo de ATC?	SIM	NÃO
2. Esses tradutores possuem o perfil desejável para o processo de ATC?		
2.1. São nativos da cultura-alvo	SIM	NÃO
2.2. Pelo menos um deles reside no país da cultura-alvo	SIM	NÃO
2.3. Um dos tradutores possui conhecimento técnico sobre o assunto e o outro é leigo	SIM	NÃO
3. Todo processo de tradução foi registrado por escrito	SIM	NÃO
4. Os tradutores trabalharam independentemente entre si	SIM	NÃO
5. Os tradutores trabalharam com foco na obtenção de equivalência semântica	SIM	NÃO
<b>Etapa 3: Conciliação das Traduções</b>		
1. As duas versões traduzidas (T1 e T2) foram conciliadas em uma única versão (T12)?	SIM	NÃO
2. Possíveis discrepâncias entre as duas versões (T1 e T2) foram resolvidas?	SIM	NÃO
<b>Etapa 4: Retrotradução</b>		
1. O(s) retrotradutor(es) é(são) nativo(s) na língua original do documento e fluente(s) na língua alvo?	SIM	NÃO
2. O(s) retrotradutor(es) é(são) leigo(s) em relação ao conhecimento técnico envolvendo o questionário?	SIM	NÃO
3. O(s) retrotradutor(es) está(ão) cego(s), i.e., sem acesso ao questionário original?	SIM	NÃO
4. Pelo menos uma retrotradução foi produzida a partir da versão conciliada?	SIM	NÃO
<b>Etapa 5: Revisão</b>		
1. Foi constituído comitê multidisciplinar ou eleito um representante da equipe que construiu o documento original para comparar as versões original e adaptada?	SIM	NÃO
2. Se há comitê multidisciplinar, há metodologista, profissional de saúde, linguista, todos os tradutores e retrotradutores e os registros do processo de tradução?	SIM	NÃO
3. Possíveis discrepâncias foram resolvidas através de técnicas estruturadas?	SIM	NÃO
4. Após a revisão, foram reavaliadas as equivalências semântica, idiomática, de experiência e conceitual entre as versões original e adaptada?	SIM	NÃO
5. A técnica de descentralização foi usada?	SIM	NÃO
<b>Etapa 6: Pré-Teste</b>		
1. O projeto de ATC foi submetido a CEP?	SIM	NÃO
2. A versão revisada do questionário foi testada em amostra de 30 a 40 pessoas?	SIM	NÃO
3. As dificuldades, dúvidas dos respondentes em relação ao questionário foram observadas e registradas?	SIM	NÃO
4. Em caso de necessidade de mudanças na versão testada, houve retestagem?	SIM	NÃO
5. Possíveis erros de gramática, ortografia, digitação e formatação foram observados e corrigidos?	SIM	NÃO

<b>Etapa 7: Validação</b>		
1. Testes Psicométricos foram utilizados para validação do questionário adaptado?	SIM	NÃO
2. Todo processo foi descrito e registrado por escrito?	SIM	NÃO
3. Este documento foi submetido à equipe de construção do questionário original?	SIM	NÃO
4. Este documento foi submetido à publicação para divulgação científica?	SIM	NÃO

Fonte: Fortes e Araújo (2019).

## ANEXO C – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UFRGS



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Resiliência da força de trabalho em enfermagem: adaptação transcultural de um modelo

**Pesquisador:** Regina Rigatto Witt

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 16100919.0.0000.5347

**Instituição Proponente:** UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.667.269

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda ao Projeto de Tese de Doutorado do PPG em Enfermagem (UFRGS), de autoria de Walnice Jung, sob orientação da Profa. Dra. Regina Rigatto Witt.

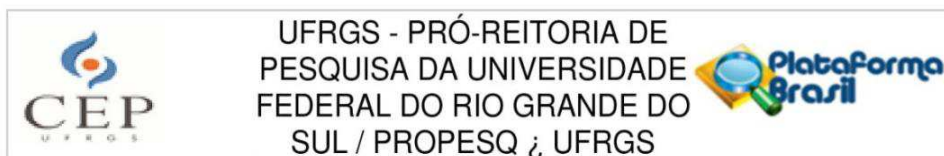
O projeto tem como objetivo realizar a adaptação transcultural do modelo de resiliência intitulado Health Services Workplace Environmental Resilience Model (HSWERM) - Modelo de Resiliência Ambiental em Serviços de Saúde -, da língua inglesa para a língua portuguesa do Brasil. O processo de adaptação transcultural basear-se-á nas diretrizes para o processo de adaptação transcultural proposto por Beaton et al. (2000).

Compreenderá as etapas: tradução inicial (por dois tradutores com português como língua materna); síntese das traduções, retrotradução (por dois tradutores bilíngues com a língua inglesa como materna), comitê de especialistas 1 e 2 (3 enfermeiros especialistas na metodologia); pré-teste 1 (44 chefias de enfermagem) e pré-teste 2 (44 enfermeiros assistenciais); submissão do documento aos autores e avaliação da versão adaptada pelos autores do modelo original.

**População do estudo:** 468 enfermeiros que atuam no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), distribuídos em 44 setores de serviços.

**Seleção da amostra:** empregará a Técnica Delphi na qualificação dos participantes, baseando em

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.667.269

sua experiência e conhecimento sobre a área específica do e não ao número de especialistas (SCARPARO, 2012).

A versão final do modelo traduzido e adaptado deve ser aplicada a uma amostra de 30 a 40 enfermeiros, para que sua compreensão possa ser verificada pela população-alvo (OLIVEIRA et al., 2018).

A amostra será escolhida por conveniência.

Para o pré-teste 1 e 2 serão convidados os 44 enfermeiros para cada pré-teste, que trabalham como chefes de unidade no HCPA, devido à sua especialização e engajamento efetivo na área em que o estudo está sendo conduzido.

A coleta de dados desse estudo ocorrerá a partir da tradução do Modelo HSWERM e aplicação de três formulários específicos desenvolvidos especialmente para este estudo, para registrar o processo de cada etapa: dois para registro da análise das traduções e outro para análise semântica dos itens e para escolha do melhor formato de apresentação do modelo.

São eles: a ficha para análise das traduções e um questionário aplicado aos avaliadores. Este questionário permitirá que cada participante envolvido documente suas opiniões em um processo metodológico, fornecendo portanto, um registro com seus comentários

observacionais. Estes formulários possuem questões discursivas que argumentam sobre as traduções e possíveis modificações para melhor entendimento.

O formulário de Análise para Equivalências de Itens, Semântica e Operacional será aplicado ao comitê de especialistas. Foi elaborado com questões de múltipla escolha (Escala Likert) e questões dissertativas para que os mesmos possam apresentar suas opiniões e justificativas.

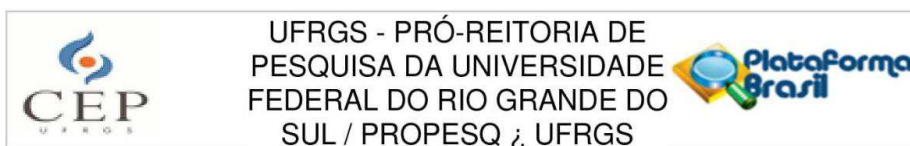
A coleta de dados está prevista para ocorrer no período de dezembro de 2019 a março de 2020, por meio de ambiente virtual, na plataforma Google Survey e envio de convites por e-mail aos avaliadores.

Amostra: 94 participantes, sendo 44 na fase de Pré-teste 2 para Validação da versão traduzida; 3 na fase de Comitê de Especialista 1 para Validação das equivalências do modelo original; 3 na fase de Comitê de Especialistas 2 para Validação da versão traduzida; e 44 na fase Pré-teste 1 para a Verificação do entendimento que o enfermeiro tem da versão síntese do modelo HSWERM-Brasil.

Cronograma: de junho/19 a agosto/2020, com previsão de coleta de dados a partir de dezembro/2019 (comitê de especialistas).

Orçamento: R\$ 5.639,00 (financiamento próprio).

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br



Continuação do Parecer: 3.667.269

**Objetivo da Pesquisa:**

Realizar a adaptação transcultural do modelo Health Services Workplace Environmental Resilience Model (HSWERM) da língua inglesa para a língua portuguesa do Brasil.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Estão assim descritos na PB:

"Riscos:

O estudo apresenta risco mínimo, como desconforto e insegurança ao responder as questões. Neste caso o participante terá garantida a possibilidade de não aceitar participar ou recusar responder qualquer pergunta ou de desistir e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Benefícios:

A pesquisa tem caráter acadêmico, sendo a participação de caráter voluntário e não envolve nenhum tipo de benefício direto (financeiro) ao participante, exceto a possibilidade de melhoria nas condições e ambiente de trabalho. Os subsídios fornecidos tanto para a construção de conhecimento como também pela possibilidade de elaboração de um diagnóstico de situação de trabalho, poderão contribuir numa perspectiva de promoção da resiliência dos trabalhadores, favorecendo o processo de trabalho."

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Ver apresentação.

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

Não foram apresentados novos termos para a tramitação da emenda.

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

A justificativa para a emenda é a seguinte:

"Foi corrigido o CNPJ da Instituição coparticipante, Hospital de Clínicas de Porto Alegre, para o qual deve ser encaminhado o projeto."

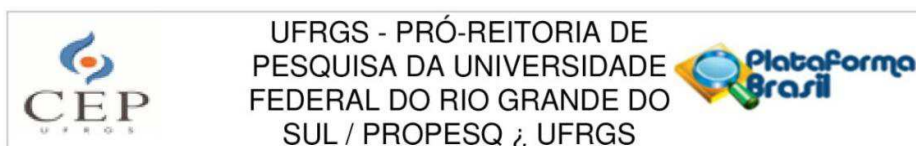
**Considerações Finais a critério do CEP:**

Aprovado.

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

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farrroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br





UFRGS - PRÓ-REITORIA DE  
PESQUISA DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO RIO GRANDE DO  
SUL / PROPESQ UFRGS

Continuação do Parecer: 3.667.269

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1453807_É1.pdf	15/10/2019 12:02:13		Aceito
Outros	Carta_Resposta.pdf	31/07/2019 11:56:00	Regina Rigatto Witt	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	31/07/2019 11:53:24	Regina Rigatto Witt	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	31/07/2019 11:48:08	Regina Rigatto Witt	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	19/06/2019 14:56:53	Regina Rigatto Witt	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	18/06/2019 10:16:26	Walnice Jung	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	18/06/2019 10:13:49	Walnice Jung	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

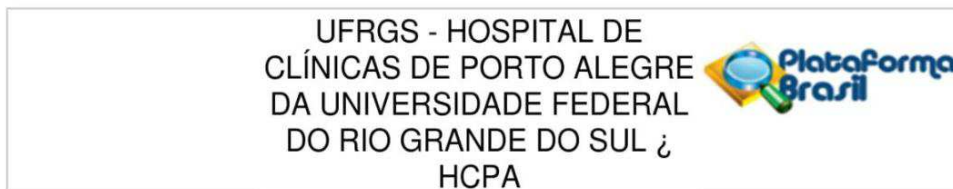
Não

PORTO ALEGRE, 29 de Outubro de 2019

Assinado por:  
**MARIA DA GRAÇA CORSO DA MOTTA**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. Paulo Gama, 110 - Sala 321 do Prédio Anexo 1 da Reitoria - Campus Centro  
**Bairro:** Farroupilha **CEP:** 90.040-060  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3308-3738 **Fax:** (51)3308-4085 **E-mail:** etica@propesq.ufrgs.br

## ANEXO D – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HCPA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Resiliência da força de trabalho em enfermagem: adaptação transcultural de um modelo

**Pesquisador:** Regina Rigatto Witt

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 16100919.0.3002.5327

**Instituição Proponente:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 3.826.677

#### Apresentação do Projeto:

Os enfermeiros atuam em ambientes complexos e estressantes, com violência no local de trabalho, cargas de trabalho imprevisíveis, fadiga por compaixão, falta de recursos e assédio moral. Portanto, é importante que sejam implementadas intervenções, a fim de promover a capacidade de enfrentar situações adversas, manter o foco e continuar otimista para o futuro. A construção e fortalecimento da resiliência tem sido proposta para manter profissionais qualificados no local de trabalho, garantindo a segurança do paciente. Esta ação deveria estar baseada em modelos que considerem fatores individuais e ambientais. Para isto, foi desenvolvido o Modelo de Resiliência Ambiental em Serviços de Saúde (HSWERM). O HSWERM foi desenvolvido na língua inglesa, de forma que é necessária a tradução para o português. Este projeto de pesquisa visa realizar a adaptação transcultural do modelo de resiliência intitulado Health Services Workplace Environmental Resilience Model (HSWERM), da língua inglesa para a língua portuguesa do Brasil. O processo de adaptação transcultural basear-se-á nas diretrizes para o processo de adaptação transcultural proposto por Beaton et al. (2000): tradução, retrotradução, adaptação cultural e posterior avaliação de equivalência por especialistas, amostra da população-alvo e equipe de pesquisadores. Trata-se de estudo metodológico de tradução e adaptação cultural de um modelo teórico de resiliência elaborado no idioma inglês para o português do Brasil. Será baseado nas

<b>Endereço:</b> Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229			
<b>Bairro:</b> Santa Cecília		<b>CEP:</b> 90.035-903	
<b>UF:</b> RS	<b>Município:</b> PORTO ALEGRE		
<b>Telefone:</b> (51)3359-7640	<b>Fax:</b> (51)3359-7640	<b>E-mail:</b> cep@hcpa.edu.br	

UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL  
HCPA



Continuação do Parecer: 3.826.677

recomendações e referenciais de diversos pesquisadores (GUILLEMIN; BOMBARDIER; BEATON, 1993; BEATON et al., 2007; REICHENHEIM; MORAES, 2007; SOUSA, ROJANASRIRAT, 2011; FERREIRA et al., 2014) e compreenderá as etapas: tradução inicial; síntese das traduções, retrotradução, comitê de especialistas 1 e 2; pré-teste 1 e 2; submissão do documento aos autores e avaliação da versão adaptada pelos autores do modelo original.

**Objetivo da Pesquisa:**

Realizar a adaptação transcultural do modelo Health Services Workplace Environmental Resilience Model (HSWERM) da língua inglesa para a língua portuguesa do Brasil.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Descritos pelas autoras:

Riscos: O estudo apresenta risco mínimo, como desconforto e insegurança ao responder as questões. Neste caso o participante terá garantida a possibilidade de não aceitar participar ou recusar responder qualquer pergunta ou de desistir e retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.

Benefícios: A pesquisa tem caráter acadêmico, sendo a participação de caráter voluntário e não envolve nenhum tipo de benefício direto (financeiro) ao participante, exceto a possibilidade de melhoria nas condições e ambiente de trabalho. Os subsídios fornecidos tanto para a construção de conhecimento como também pela possibilidade de elaboração de um diagnóstico de situação de trabalho, poderão contribuir numa perspectiva de promoção da resiliência dos trabalhadores, favorecendo o processo de trabalho.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Delineamento e procedimentos de pesquisa apropriados.

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

Os documentos foram apresentados.

**Recomendações:**

Na versão inserida na PB e no projeto está descrito o uso da sala da chefia de enfermagem das unidades como local para o preenchimento dos formulários de pesquisa pelas(os) enfermeiras(os). Poucas chefes de enfermagem possuem salas e são destinadas a atividades gerenciais e não de pesquisa. Considerar outros espaços para a finalidade.

Além disso, faz-se necessário atualizar o cronograma na PB.

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229  
**Bairro:** Santa Cecília **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL ;  
HCPA



Continuação do Parecer: 3.826.677

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

Não apresenta pendências.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Lembramos que a presente aprovação (versão projeto e TCLE de 31/07/2019 e demais documentos que atendem às solicitações do CEP) refere-se apenas aos aspectos éticos e metodológicos do projeto.

Os pesquisadores devem atentar ao cumprimento dos seguintes itens:

- a) Este projeto está aprovado para inclusão de 94 participantes no Centro HCPA, de acordo com as informações do projeto ou do Plano de Recrutamento apresentado. Qualquer alteração deste número deverá ser comunicada ao CEP e ao Serviço de Gestão em Pesquisa para autorizações e atualizações cabíveis.
- b) O projeto deverá ser cadastrado no sistema AGHUse Pesquisa para fins de avaliação logística e financeira e somente poderá ser iniciado após aprovação final do Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação.
- c) Qualquer alteração nestes documentos deverá ser encaminhada para avaliação do CEP. Informamos que obrigatoriamente a versão do TCLE a ser utilizada deverá corresponder na íntegra à versão vigente aprovada.
- d) Deverão ser encaminhados ao CEP relatórios semestrais e um relatório final do projeto.
- e) A comunicação de eventos adversos classificados como sérios e inesperados, ocorridos com pacientes incluídos no centro HCPA, assim como os desvios de protocolo quando envolver diretamente estes pacientes, deverá ser realizada através do Sistema GEO (Gestão Estratégica Operacional) disponível na intranet do HCPA.

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

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1461023.pdf	28/01/2020 09:35:30		Aceito
Declaração de Pesquisadores	delegacao_de_funcoes.pdf	28/01/2020 09:34:47	Regina Rigatto Witt	Aceito

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229  
**Bairro:** Santa Cecília **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

UFRGS - HOSPITAL DE  
CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
DA UNIVERSIDADE FEDERAL  
DO RIO GRANDE DO SUL  
HCPA



Continuação do Parecer: 3.826.677

Outros	Carta_Resposta.pdf	31/07/2019 11:56:00	Regina Rigatto Witt	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	31/07/2019 11:53:24	Regina Rigatto Witt	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	31/07/2019 11:48:08	Regina Rigatto Witt	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

PORTO ALEGRE, 07 de Fevereiro de 2020

---

**Assinado por:**  
**Têmis Maria Félix**  
**(Coordenador(a))**

**Endereço:** Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229  
**Bairro:** Santa Cecília **CEP:** 90.035-903  
**UF:** RS **Município:** PORTO ALEGRE  
**Telefone:** (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br



## ANEXO E – DEVOLUTIVA DA AVALIAÇÃO DA AUTORA PRINCIPAL SOBRE A RETROTRADUÇÃO.

**From:** Walnice  
**Sent:** Thursday, 13 May 2021 11:30 PM  
**To:** Lynette Cusack  
**Subject:** 📧 Backtranslations HSWERM-Brasil : Lynette validity

Dear Lynette,

I'm sending the two backtranslations of the HSWERM-Brasil Model for you. Please check the validity of both versions and indicate if they have similarity to the content of the original model.

I hope that you are staying well.  
Stay safe.  
Thank you.

Wallace



**De:** Lynette Cusack  
**Date:** seg., 24 de mai. de 2021 às 01:10  
**Subject:** RE: 📧 Backtranslations HSWERM-Brasil : Lynette validity  
**To:** Walnice

Hi Wallace,  
My validation of back translation attached. Just a few minor suggestions.  
Lynette

Associate Professor Lynette Cusack PhD RN/midwife  
Adelaide Nursing School : Faculty of Health and Medical Sciences  
Nursing and Midwifery Research Consultant : Northern Adelaide Local Health Network  
Foundation Member, International Consortium for Occupation Resilience (ICOR) .