

## O sentido de coerência como conceito operacionalizador do paradigma salutogénico.

Luís Ângelo Saboga Nunes\*

---

### Síntese

O novo conceito de A. Antonovsky "o sentido de coerência (SCO)" envolve a hipótese de que um alto SCO aproxima o indivíduo no contínuo disfuncionalidade / funcionalidade deste último polo. Sendo uma variável independente e não um modo de medir "a saúde", este constructo é estruturado por factores sociais: é um instrumento de análise que contribui para a compreensão da saúde como algo muito mais global (definição de saúde da OMS).

### Resumo

A promoção da saúde encontra no paradigma salutogénico um novo contributo com a proposta de Antonovsky através do conceito: o sentido de coerência (SCO) <http://www.angelfire.com/ok/soc>

Encontramos assim um contributo para o desenvolvimento de metodologias de intervenção que visam reforçar a capacidade dos indivíduos gerirem, de modo saudável, a sua exposição a factores traumáticos de natureza psicossocial. Sendo o SCO um instrumento de ponderação que entra em linha de conta simultaneamente com vários aspectos da pessoa humana (afectividade, as redes informais e formais de apoio social, aspectos cognitivos e informacionais) revela-se promissor quanto à sua capacidade auxiliadora no completar de um quadro de diagnóstico que oriente o profissional de saúde nos cuidados a prestar. Esta avaliação determina a capacidade de domínio das incoerências e acontecimentos de vida. Os sujeitos (n= 643) inquiridos por formulário de modo a exemplificar situações de stress e especificar as estratégias usadas no lidar com as mesmas, foram sujeitos a várias medidas (e.g. a sua ansiedade, o locus de controlo, redes de sociabilidade e apoio social, disposição pessoal, comportamentos caracterizadores de estilos de vida saudável). A idade, o estatuto sócio-económico e cultural, o sexo e o número de problemas mencionados por cada indivíduo foram considerados a nível do confundimento que estes elementos podem consistir para os dados recolhidos. Com um SCO elevado os inquiridos revelaram-se menos atingidos comportamental/emotivamente, psicológica e psicossomaticamente pelos efeitos dos stressores aos quais estão sujeitos. É de notar a importância que desempenham os recursos generalizados de resistência (RGR) na capacidade que os indivíduos desenvolvem.

## 1. Introdução

Do nascimento até à situação de velhice, a existência humana é confrontada com uma multiplicidade de acontecimentos que implicam consequências determinantes no seu bem-estar psíquico, físico e social (definição de *Saúde* da OMS). Perante o mesmo acontecimento, os indivíduos são afectados diferentemente, dependendo disso das suas variadas componentes intrínsecas e extrínsecas. Partindo desta realidade, focalizar-nos-emos no *sentido de coerência*, conceito que exprime uma característica intrínseca própria a todos os indivíduos, mas, porque diferente de indivíduo para indivíduo, constitui uma variável importante na sua capacidade de lidar com os stressores.

---

\* sociólogo da saúde - saboga\_nunes@hotmail.com

## 2. Problematização

### 2.1. Justificação e relevância do tema

Capacitar o cidadão para lidar com os stressores é uma preocupação que emerge mais de 50 vezes no documento que orientará as políticas de saúde até ao próximo milénio (WHO, 1997, p 67):

*In today's society no one can avoid confronting stressful situations and setbacks, and the way in which people react to such stress is a decisive factor for their mental health. A more positive approach to mental health should therefore be developed.*

Em termos de saúde pública, a prevenção das reacções adversas de natureza física e mental, resultantes do stress causado pelos acontecimentos de vida, representa um passo importante na humanização e qualidade dos serviços de saúde portugueses.

Neste contexto, é fundamental reforçar o profissional de saúde numa melhor compreensão das estratégias a seguir para uma intervenção positiva, gestora saudável do stress do cidadão. Como poderá reagir o doente a uma informação clínica, a um exame específico e aos seus resultados? De que recursos dispõe o cidadão para lidar com o stress? Como reforçá-lo na obtenção de uma condição de melhor saúde mental?

Muito recentemente (em 1997), o conceito *sentido de coerência* (SCO) - do inglês *sense of coherence* (SOC) - foi catapultado para o âmbito da promoção da saúde (WHO, 1997, p. 101). A importância das conclusões baseadas em estudos empíricos envolvendo o SCO do indivíduo, levou à sua introdução nos documentos da OMS, inserindo-o na ordem do dia das grandes linhas mestras orientadoras das macro-políticas de promoção da saúde mental do século XXI.

Constituindo-se em matéria de referência, passamos a sublinhar a sua inclusão nas seguintes recomendações estratégicas para a acção:

*Proposed strategies: A **sense of coherence**, where life is experienced as comprehensible, manageable and meaningful, is a great health resource for all people. Health is created if people are confident that life makes sense emotionally, and that they have adequate resources (mental, physical, emotional, social and material) to meet whatever demands are placed on them. As outlined above, this **sense of coherence** must be built up from infancy and childhood through a range of family, kindergarten and health care experiences. Policies that have an immediate effect on young people, as well as on the settings in which they learn, work, live or spend leisure time, should be oriented towards strengthening this **sense of coherence** (WHO, 1997, pp. 28-29).*

É de referir particularmente o objectivo nº 12, deste mesmo documento, relativo à promoção da saúde mental das populações, dando particular relevo aos *environments (are) created that help people to gain a **sense of coherence** and cope with stressful situations and events* (WHO, 1997, p 29).

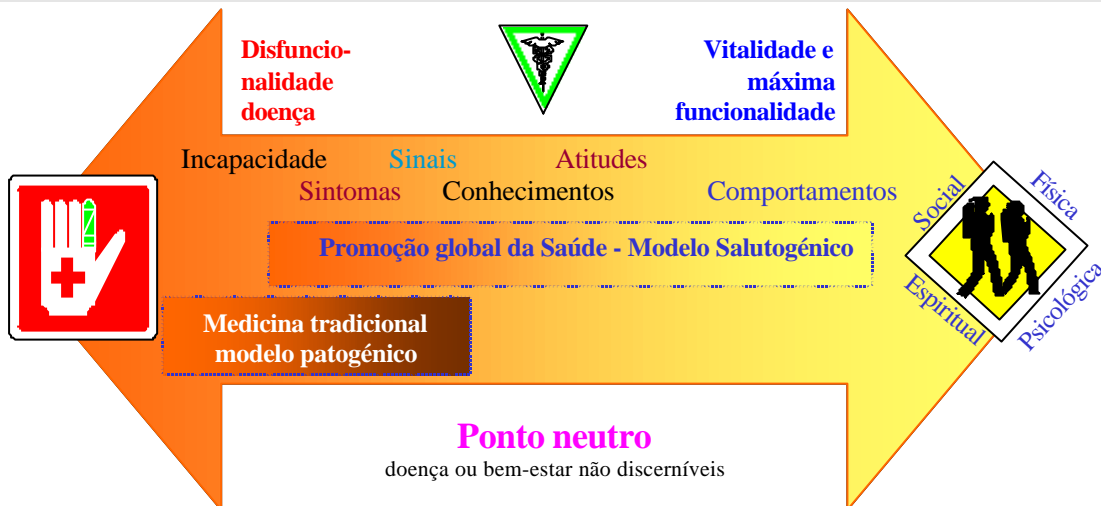
Torna-se, pois, importante considerar a sua validação empírica, ponderando a pertinência do instrumento desenvolvido pelo sociólogo da saúde e da medicina da Universidade de Ben-Gurion em Israel, Aaron Antonovsky (1923-1994), denominado: *questionário orientação para viver* (QOV) - *orientation to life questionnaire* (ANTONOVSKY, 1991) - o que poderá permitir ao profissional de saúde desenvolver uma abordagem estruturada por indicadores criteriosos na avaliação da capacidade de gestão da informação que recebe do cidadão.

O conceito de Antonovsky constitui uma proposta inovadora no campo da identificação e especificação das características do indivíduo que facilitam uma estratégia que se adapta na resolução de problemas e gestão do stress da vida, desempenhando um acção promotora da saúde mental e da qualidade de vida.

## 2.2. O Paradigma salutogénico

Completando a compreensão da *saúde* do paradigma patogénico, o paradigma salutogénico emerge através da publicação científica das diferentes áreas do saber (e.g. medicina, sociologia, psicologia). É Aaron Antonovsky que se torna o grande impulsionador deste novo paradigma (ANTONOVSKY 1979, 1987) criando um novo modelo - o modelo Salutogénico (ANTONOVSKY, 1984a) - que auxilia a repensar a *saúde* e o stress fora do determinismo bio-médico.

**Figura 1: A Saúde como um espaço de convergência de várias dimensões num contínuo disfuncionalidade (doença) funcionalidade máxima (vitalidade).** Fonte: SABOGA NUNES, Compreender o Cidadão, Revista Portuguesa de Saúde Pública, vol 16, nº 4 1998, 4, 25



### 2.2.2.1. Salutogénese: a omnipresença dos stressores

O stress, como fenómeno afectando a saúde humana, tem sido o foco de atenção durante as três últimas décadas desde a publicação do clássico *The Stress of Life* de Selye (SELYE, 1956).

A teoria do Stress está associada à teoria dos acontecimentos de vida, que analisa os diferentes efeitos que os stressores provocam nos indivíduos. Estes são responsáveis pelo desencadear de respostas que transportam em si elementos prejudiciais ou favoráveis à promoção da saúde dos indivíduos. Para Selye, o *síndrome geral de adaptação* assenta na concepção de *homeostase*: este conceito enquadra-se no modelo biomédico de saúde e doença, segundo o qual o indivíduo é essencialmente saudável, sendo agredido por agentes exteriores do meio físico ou social, ou estilos de vida impróprios e perigosos. Rompe-se, então, o equilíbrio (a *homeostase* do organismo) carecendo o indivíduo de ser curado, i.e., da intervenção do profissional de saúde, para reencontrar esse equilíbrio.

O sucesso de uma boa estratégia de *coping* - i.e., de uma reacção mais ou menos positiva aos estímulos provocados pelos acontecimentos de vida - depende da capacidade de mobilização dos três tipos de respostas (comportamental, emocional e cognitivo). Certos indivíduos reagem melhor ao mesmo stressor (e.g. a comunicação clínica) do que outros, sendo o estado geral de saúde dos elementos de um grupo etário diferentemente afectado pelo mesmo estímulo. Considera-se, habitualmente, a noção de *saúde* através desta perspectiva bio-médica, na qual o conceito de doença é omnipresente. No entanto, como revelou Lazarus, o stress é uma doença social, e foge ao enquadramento bio-médico tradicional que rege a saúde (LAZARUS 1977, p. 426).

Uma das características da investigação relacionada com o stress é, sem dúvida, a ênfase colocada na relação que se estabelece entre os acontecimentos

diários causadores de stress e o seu impacto sobre a doença (MONROE, 1982). Baseada na evidência empírica, vários autores dedicaram-se a apresentar a correlação positiva entre os stressores e a doença (LESHAN 1966; SCHMALE, 1966, JENKINS 1971; HOLMES 1974, SPARACINO 1982). No entanto, como Rabkin revelou, embora a relação entre stress e a doença seja estatisticamente significativa, é consistentemente baixa, situando-se tipicamente entre os 0.12 e 0.35 (RABKIN 1976; WILCOX 1981). Taylor alerta igualmente para o facto de que somente 9% da variância é explicada pela correlação existente entre estes acontecimentos e a doença (TAYLOR, 1986).

Com o resultado desta evolução, quebrou-se a tradição que apontava para a permanência de poucos ou mesmo para a eliminação de stressores como condição para a ausência da doença. Foram, então, refinados os modelos estudando o stress (PERALIM, 1978), sendo incorporados o conceito de vulnerabilidade diferenciada (KESSLER, 1979) e a influência de vários recursos de resistência como stress *buffers* (e.g. apoio social) (KAPLAN, 1977).

Como resultado de tudo isto, na última década verifica-se o distanciamento relativamente ao estudo das relações directas existentes entre os acontecimentos de vida e a doença, no estudo das variáveis que influenciam a força e a direcção da relação que existe entre o stress e a saúde. Estas variáveis preventivas e auto-reguladoras passaram assim a ser designadas por *moderadores de stress*, *recursos*, ou variáveis *tampão* (*buffer variables*) (são exemplos disso, como já se referiu anteriormente, o optimismo, o locus de controlo, a personalidade robusta ou o sentido de humor incluindo alguns autores o SCO neste grupo (KOROTKOV, 1994, p. 787; CARMEL, 1991, p.1089).

O ser humano, para Antonovsky, encontra-se num estado de *desequilíbrio dinâmico hetero-estático* (ANTONOVSKY, 1987, p. 130). Salienta então o autor a predominância da condição patológica da humanidade ao acentuar, com base num quadro de estatísticas, que um terço ou a maioria da população de uma sociedade industrial é caracterizada por uma condição mórbida, e por isso definida clinicamente ou epidemiologicamente como *normal* (ANTONOVSKY, 1979, p. 16).

Os acontecimentos que fogem ao banal e são típicos de condições extremas estão muitas vezes associados ao stress. No entanto, será útil lembrar aqui Peralim e Schooler ao observarem que *many of the difficult problems with which people cope are not unusual problems impinging on exceptional people in rare situations, but are persistent hardships experienced by those engaged in mainstream activities within major institutions* (PERALIM, 1978, p. 3).

Fried introduziu a tipologia tricotómica de stress: *stress agudo* (consequência de crises ou acontecimentos stressantes que afectam indivíduos ou populações com uma premência que exige uma resposta imediata); *stress crónico-catastrófico* (resultante de condições stressantes crónicas que afectam grupos populacionais); *stress endémico* (caracterizado por uma condição de mudanças abundantes e constantes, solicitações, ameaças ou privações, usualmente de pouco impacto mas acompanhando os acontecimentos do dia a dia) (FRIED, 1982, p.5).

Enfatizando as diversas origens do stress endémico nos factos de ordem económica, política, social, físico-ambiental, psicológica e fisiológica, Fried salienta o seu potencial cumulativo e o impacto consequente, reflectindo-se em alterações do comportamento social. O stress endémico é no entanto esquecido muitas vezes na investigação.

Antonovsky colocou-se nesta linha de pensamento salientando que, mesmo pessoas com uma vida desafogada e com ambientes optimizados, são expostas a stressores (ANTONOVSKY, 1979). Por exemplo, o acidente, que é imanente a todas as sociedades independentemente das precauções que se tomem, tem o seu reflexo não só nas vítimas directas, mas também sobre aqueles que sobrevivem ou aqueles que lhes são mais chegados, e por isso são afectados pelo stress psicossocial: *given the rates of accidental injury and death*

*and the rate of homicide and the fact that for each victim there are most often at least three or four persons intimately involved with the tragedy, such accidents can hardly be considered an unusual source of stressors* (ANTONOVSKY, 1979, pp. 80-81).

Consciente do impacto que as condições de vida podem ter sobre certos grupos que constituem, pela sua condição, a maior parte dos habitantes da terra, Antonovsky pesquisou aqueles que são atingidos pela pobreza e pela marginalização (ANTONOVSKY, 1979, p. 77): os negros norte-americanos, as mulheres sobreviventes aos campos de concentração nazi, ou ainda os judeus vivendo na miséria extrema antes do estabelecimento do estado de Israel (ANTONOVSKY, 1971; DATAN, 1981). Antonovsky salientou esta capacidade que manifestavam estes indivíduos de encontrar *coerência interna* na sua vida a despeito das perdas (e.g. familiares, status, condição sócio-económica) às quais tinham estado sujeitos. Chega-se assim à conclusão, por um lado, da omnipresença dos agentes stressores na condição humana, e à sua inevitável consequência destruidora: *stressors are omnipresent in human existence, in fact the human condition is stressful... given the ubiquity of pathogens - microbiological, chemical, physical, psychological, social and cultural - it seems to me self evident that everyone should succumb to this bombardment and constantly be dying*. (ANTONOVSKY, 1979, pp. 9-13). Por outro lado, assiste-se à capacidade de resistência dos indivíduos envolvidos nessas experiências.

A pergunta que se impõe é a da compreensão que sustenta a sobrevivência do ser humano (ANTONOVSKY, 1979, p. 14), bem como saber onde encontrar a força e a capacidade de sobrevivência (ANTONOVSKY, 1979, p. 7). Esta inquirição levou Antonovsky à definição dos *recursos generalizados de resistência*.

#### 2.2.2.2. Da entropia para a negantropia

Para Antonovsky, a antítese saúde/doença deve ser entendida não numa dicotomia de lugares marcados, mas como um espaço num contínuo com dois limites: disfuncional/funcional (Figura 1). É proposto, no lugar do *modelo homeostático* de saúde de paradigma patogénico (baseado na busca dos factores que conduzem à doença), um modelo no qual são procurados os elementos que conduzem o indivíduo a manter-se com saúde - com a saúde que tem, independentemente dos elementos desfavoráveis do meio físico e social. Assim, em vez de elementos distintos, a *saúde* e a *doença* são integradas num contínuo disfuncionalidade/funcionalidade máxima (disease) no qual todos os indivíduos estão incluídos, progredindo ou regredindo nele em relação aos seus pólos (ANTONOVSKY, 1987, p. 3).

Sustentando o constructo de Antonovsky, encontra-se o modelo entrópico: a saúde é a resultante da acção estratégica do sujeito na gestão de recursos internos na negantropia, i.e., na diminuição da desordem (e.g. o estado de doença). No lugar da *homeostase* (do modelo bio-médico) encontramos a *heteroestase* e a *senelescência* (ANTONOVSKY, 1987, 2).

São então colocadas em evidência as predisposições do indivíduo (e.g. hereditárias, sociais) que, associadas aos RGR, são responsáveis pela regulação face às perturbações patogénicas que levam os indivíduos à situação de doença e morte.

Deste modo, passa-se de um modelo imunológico, microbiológico - em que os agentes patogénicos são combatidos pela defesa orgânica interna ou pela imunologia extrínseca (o caso das vacinas que permitiram irradiar certas doenças dos países desenvolvidos) - através de um modelo patogénico comportamental, em que são questionados os hábitos e estilos de vida como causas próximas da doença ou morte (ANTONOVSKY, 1984b), para o modelo salutogénico.

Antonovsky ensinou a olhar para o detalhe e, na base dos casos desviantes foi necessário entrar em linha de conta com a história de vida do indivíduo, e da sua posição no contínuo disfuncional/funcional.

### 2.2.3. O modelo SCO

#### 2.2.3.1. Elementos caracterizadores

Resumindo, o modelo de análise de Antonovsky apresenta seis pontos essenciais (ANTONOVSKY, 1987, p. 12):

1. Superação do reduativismo da etiologia da doença e convite a uma consideração da experiência totalizadora da vida do indivíduo; rejeição da classificação dicotómica (pessoas saudáveis e pessoas doentes) e estabelecimento de um contínuo multidimensional: disfuncional/funcional; duas consequências emergem desta implicação: a indagação empírica posiciona-se ao longo do contínuo, e toda a população torna-se em objecto de estudo - não só pequenas amostras de indivíduos caracterizados por alguma forma patogénica. O foco do estudo também é alterado: procura-se conhecer o posicionamento do indivíduo no contínuo, ou no caso dos grupos, a sua distribuição ao longo desse contínuo, com as contribuições clínicas centradas no esforço de mover as pessoas rumo ao polo de máxima funcionalidade (ANTONOVSKY, 1984b, 1987).

2. Em vez da busca das causas da doença (nos stressores) é oportuno inquirir sobre os factores envolvidos no posicionamento do indivíduo no contínuo, rumo ao extremo da saúde.

3. Nunca se poderão anular os factores ansiolíticos da vida quotidiana, mas é possível reduzir o seu impacto. Importa indagar o que reveste positivamente um factor ansiolítico. Deixando de considerar os stressores como naturalmente negativos (ANTONOVSKY 1979, 1984a), estes passam a ser considerados como revestidos de consequências saudáveis (ANTONOVSKY; 1986, p. 53);

4. Procurar captar os factores que são susceptíveis de influenciar negantropicamente um organismo no seu meio ambiente;

5. Ultrapassar o reduativismo da tipologização e procurar nos casos desviantes a inspiração de uma compreensão alargada do bem-estar do indivíduo. Assim, só uma parte da variância é considerada, depois de ter sido estabelecida a relação estatisticamente significativa entre um stressor e um patogene. Por exemplo, quem são as pessoas do *tipo de personalidade A* que não desenvolveram doença coronária? Os desviantes são aqueles que constituem a maioria da variabilidade aleatória que a existência humana revela;

6. A questão de partida salutogénica é considerar o que faz com que alguns, mesmo que em menor quantidade do que num grupo de controlo, estejam bem de saúde (ANTONOVSKY, 1984b, p. 117), questão de partida completamente diferente daquela que tradicionalmente caracteriza uma hipótese patogénica tradicional.

#### 2.2.3.2. Definição e componentes

A. Antonovsky coloca cada indivíduo no contínuo, a partir de uma hipotética estrutura cognitivo-emocional-social, que ele designa por *the sense of coherence* (o sentido de coerência).

Para A. Antonovsky, o SCO é uma orientação global que define a capacidade com a qual um indivíduo, com um persistente e dinâmico sentimento de confiança, encara os (1) estímulos emanados dos meios interno ou externo de uma existência como estruturados, predictíveis e explicáveis (*capacidade de compreensão - comprehensibility*); (2) que o indivíduo tem ao seu alcance recursos para satisfazer as exigências colocadas por esses estímulos - (*capacidade de gestão - manageability*); e (3) que essas exigências são desafios,

capazes de catalisar o investimento e o empenho do indivíduo - (*capacidade de investimento - meaningfulness*) (ANTONOVSKY, 1987, p. 19).

A *Capacidade de Compreensão* - *comprehensibility* - (Ccom) resume a maneira como o indivíduo apreende os estímulos intrínsecos ou extrínsecos como informação ordenada, consistente, clara e estruturada (ANTONOVSKY, 1987, 16). A *Capacidade de Gestão* - *manageability* - (CGma) consiste na percepção que o indivíduo desenvolve dos recursos pessoais ou sociais que estão ao seu alcance para satisfazer as exigências requeridas pela situação de estímulo. Quanto mais alto o sentido de gestão do indivíduo, menos este se sente atingido negativamente pelos acontecimentos, e, menos considera a vida como antagónica (ANTONOVSKY, 1987, p. 17). A *Capacidade de Investimento* - *meaningfulness* - (CImea) refere a capacidade de sentido que o sujeito retira dos acontecimentos de vida, e por isso encontra razão para neles investir a sua energia e interesse. Não se trata de encontrar satisfação em tudo o que acontece na vida, mas de investir recursos para superar as situações com dignidade (ANTONOVSKY, 1987, 18).

O SCO, que identifica o núcleo central constituído por estas três componentes, assume um carácter cognitivo-afectivo e informacional, permitindo ao indivíduo negar a aparente desordem da sua vida (ou do acontecimento de vida que o implica) recuperando ordem e coerência, ao integrar esse acontecimento na sua experiência de vida.

A elaboração teórica deste conceito foi conseguida a partir de cinquenta e uma entrevistas aprofundadas que Antonovsky desenvolveu junto de sujeitos que tinham passado por momentos suficientemente desorganizadores da experiência de vida (como grupos étnicos dos bairros pobres norte-americanos ou sobreviventes do holocausto) mas que, de acordo com os indivíduos que os identificaram para o estudo, tinham reagido excepcionalmente bem. Tentando compreender como estes sujeitos viam a sua própria experiência de vida, Antonovsky desenvolveu várias centenas de itens abrangendo para além destas três componentes do seu conceito (Ccom, CGma, CImea) a noção de recursos generalizados de resistência (RGR). (ANTONOVSKY, 1987, p. 28).

### 2.2.3.3. Operacionalização

Após análise dos itens elaborados numa primeira fase do seu estudo qualitativo, Antonovsky construiu o questionário orientação para viver - *orientation to life questionnaire* (OLQ) - composto por 29 itens, exprimindo-se a resposta sobre um diferencial semântico posicionado entre duas frases de referência, para medir o SCO com as seguintes características psicométricas (ANTONOVSKY, 1987, pp. 82-84):

- elevada consistência interna (Alpha de Cronbach de .84 a .93);
- validade convergente com o Locus de Controlo Interno-Externo ( $r = +.39$ );
- validade discriminante com o Sarason Teste de Ansiedade ( $r = -.21$ );

Completando este quadro teórico de conceptualização do SCO, cada uma das componentes pode possuir um valor alto ou baixo. Assim, é possível encontrar oito tipos de SCO (ver Quadro A) a que corresponderiam estruturas preditórias diferentes, resultado do cruzamento das três componentes: Ccom (ver Quadro B), Cgma (ver Quadro C) e CImea (ver Quadro D) (ANTONOVSKY, 1987, p.20).

Propõe-se, como sugestão para trabalho de campo, o resultado da validação desta escala para o português ( $n = 643$ , Saboga Nunes, 1999) apresentada nos quadros que se seguem e discriminada pelos seus indicadores separados nas suas três componentes. Para situações nas quais seja impossível o uso de todos os itens, recomenda-se a utilização dos 13 itens identificados com uma estrela (\*) abrangendo-se deste modo cada uma das dimensões do modelo SCO (ANTONOVSKY, 1987, p. 189):

**Quadro A: Os oito tipos preditíveis e suas correspondências com as dimensões do SCO.** Fonte: Antonovsky, 1987

Tipo	Componente			Predição
	compreensão	gestão	Investimento	
1	alta	alta	alto	Estável
2	baixa	alta	alto	Rara
3	alta	baixa	alto	Pressão para subir
4	baixa	baixa	Alto	Pressão para subir
5	alta	alta	Baixo	Pressão para descer
6	alta	baixa	Baixo	Pressão para subir
7	baixa	alta	Baixo	Rara
8	baixa	baixa	Baixo	Estável

Fonte: Antonovsky, 1987: 27

**Quadro B: Itens da variável SCO CAPACIDADE DE COMPREENSÃO - comprehensibility - Ccom - itens nº 1, 3, 5\*, 10, 12\*, 15, 17, 19\*, 21\*, 24, 26\*.** Fonte: SABOGA NUNES, 1999

1. Quando fala com outras pessoas, tem a impressão de que elas não o compreendem?	Nunca tenho essa impressão 1 2 3 4 5 6 7 Tenho sempre essa impressão
3. Pense nas pessoas com quem contacta diariamente (que não sejam aquelas que lhe são mais chegadas). Até que ponto é que as sente	como pessoas estranhas 1 2 3 4 5 6 7 Como pessoas que conhece muito bem
* 5. Já lhe aconteceu ter ficado surpreendido com o comportamento de pessoas que você julgava conhecer bem?	Nunca aconteceu 1 2 3 4 5 6 7 Aconteceu sempre
10. Nos últimos dez anos a sua vida tem sido	cheia de mudanças sem você ser capaz de prever o que vem a seguir 1 2 3 4 5 6 7 Completamente consistente e previsível
* 12. Sente muitas vezes que se encontra numa situação pouco habitual, sem saber o que fazer?	Acontece frequentemente 1 2 3 4 5 6 7 Nunca ou raramente acontece
15. Quando enfrenta algum problema difícil, a escolha da solução é	Sempre confusa e difícil de encontrar 1 2 3 4 5 6 7 Sempre fácil e sem dúvidas
17. A sua vida futura será provavelmente	cheia de mudanças sem você prever o que vem a seguir 1 2 3 4 5 6 7 Perfeitamente coerente e previsível
* 19. Tem sentimentos e ideias muito confusos?	Muito frequentemente 1 2 3 4 5 6 7 Muito raramente ou nunca
* 21. Acontece-lhe ter sentimentos que gostaria de não ter	Muito frequentemente 1 2 3 4 5 6 7 Muito raramente
24. Acontece-lhe sentir que não sabe exactamente o que está para acontecer?	Muito frequentemente 1 2 3 4 5 6 7 Muito raramente ou nunca
* 26. Quando teve de enfrentar algum problema, você geralmente acabou por verificar que:	Avaliou mal a importância do problema 1 2 3 4 5 6 7 Avaliou correctamente a importância do problema

**Quadro C: Itens da variável SCO CAPACIDADE DE GESTÃO - CGma - Itens nº 2, 6\*, 9\*, 13, 18, 20, 23, 25\*, 27, 29\*.** Fonte: SABOGA NUNES, 1999

2. No passado, quando teve de fazer alguma coisa que dependia da cooperação de outras pessoas, tinha o sentimento de que	As coisas não iriam ser feitas 1 2 3 4 5 6 7 As coisas iriam ser feitas
* 6. Já lhe aconteceu ter sido desapontado por pessoas com quem, à partida, contava?	Nunca aconteceu 1 2 3 4 5 6 7 Aconteceu sempre
* 9. Sente que não é tratado/a com justiça?	Muito frequentemente 1 2 3 4 5 6 7 Raramente ou nunca
13. Indique o que melhor descreve a sua maneira de ver a vida	Consegue-se sempre encontrar uma solução para as situações difíceis da vida 1 2 3 4 5 6 7 Nunca há solução para as situações difíceis da vida
18. Quando no passado lhe acontecia alguma coisa desagradável, a sua tendência era para:	Afundar-se no problema 1 2 3 4 5 6 7 Dizer para si mesmo: "Paciência, tudo se há-de resolver" e vamos em frente
20. Quando faz alguma coisa que lhe dá satisfação:	Fica com a certeza que essa satisfação vai perdurar 1 2 3 4 5 6 7 Fica com a certeza que qualquer coisa vai acabar por estragar essa satisfação
23. Pensa que haverá sempre pessoas com quem você poderá vir a contar no futuro?	Estou certo que haverá 1 2 3 4 5 6 7 Duvido que haja
* 25. Muitas pessoas (mesmo as que têm carácter forte) por vezes, em certas situações, sentem-se uns falhados. Com que frequência já se sentiu assim no passado?	Nunca 1 2 3 4 5 6 7 Muitas vezes
27. Quando pensa nas dificuldades que tem de enfrentar em situações importantes da sua vida, você tem a sensação de que:	Conseguirá ultrapassar as dificuldades 1 2 3 4 5 6 7 Não conseguirá ultrapassar as dificuldades
* 29. Com que frequência tem sentimentos que duvida poder controlar?	Muito frequentemente 1 2 3 4 5 6 7 Muito raramente ou nunca



**Quadro D: Itens da variável SCO - CAPACIDADE DE INVESTIMENTO - Clmea- Itens nº 4\*, 7, 8\*, 11, 14, 16\*, 22, 28\*.** Fonte: SABOGA NUNES, 1999

* 4. Tem a impressão de que não se interessa pelo que se passa à sua volta?	Muito raramente não me interessa 1 2 3 4 5 6 7 Muito frequentemente não me interessa
7. A vida é:	Cheia de interesse 1 2 3 4 5 6 7 Absolutamente rotineira
* 8. Até hoje na vida	Não consegui nem objectivos nem rumo próprio 1 2 3 4 5 6 7 Consegui objectivos e rumo próprio
11. A maior parte das coisas que você irá fazer (no futuro) serão provavelmente	Completamente fascinantes 1 2 3 4 5 6 7 Tremendamente aborrecidas
14. Quando reflecte sobre a sua vida, frequentemente	Sente quão bom é viver 1 2 3 4 5 6 7 Pergunta-se a si próprio porque razão veio ao mundo
* 16. Aquilo que você faz diariamente é	Uma fonte de profunda satisfação e prazer 1 2 3 4 5 6 7 Uma fonte de sofrimento e aborrecimento
22. Tem a expectativa que a sua vida pessoal, no futuro:	Não terá nem sentido nem objectivo 1 2 3 4 5 6 7 Terá pleno sentido objectivo
* 28. Com que frequência sente que as coisas que você faz na sua vida diária têm pouco sentido?	Muito frequentemente 1 2 3 4 5 6 7 Muito raramente ou nunca

A pontuação de cada uma das sub-escalas obtém-se somando as pontuações dos itens respectivos, sendo os itens 1,4,5,6,7,11,13,14,16,20,23,25,27 a inverter. O valor SCO é o resultado da soma de todos os itens.

A matriz original seguida por Antonovsky subjacente à construção dos itens da escala é caracterizada pela noção de que o SCO é uma orientação global, um modo de olhar o mundo, uma orientação para a acção mais do que a resposta a uma situação específica. Assim, os itens da escala deverão referir-se a uma variedade de estímulos ou situações da vida, dado que a hipótese básica é que o indivíduo, perante diferentes acontecimentos de vida, manterá os mesmos níveis de SCO. Cada item será composto de elementos intencionalmente seleccionados, para além da componente do item referenciada especificamente às diferentes facetas do SCO.

**Quadro E: Diferentes facetas do estímulo com os seus elementos particulares de onde pode ser apreendida a organização de cada item do questionário.** Fonte: Antonovsky, 1987

	<b>A. Modalidade (me)</b>	
O inquirido X responde a um estímulo	1. instrumental	
	2. cognitivo	
	3. afectivo	
	<b>B. Origem (om)</b>	
que teve a sua origem num meio ambiente	1. interno	
	2. externo	
	3. ambos	
	<b>C. Solicitação (so)</b>	
que desencadeia uma solicitação	1. concreta	
	2. difusa	
	3. abstracta	
	<b>D. Referência temporal (to)</b>	
sendo referida quanto ao	1. passado	a dimensão da resposta
	2. presente	
	3. futuro	
	<b>E. Componentes SCO</b>	
1. capacidade de compreensão (CC) 2. capacidade de gestão (CG) 3. capacidade de investimento (CI)	alta	Quanto à faceta E
	...	
	baixa	

Fonte: Antonovsky, 1987: 71

Para garantir tais pressupostos, Antonovsky utilizou a proposta de desenho de escalas por facetas de Guttman (SHYE, 1978). Baseando-se na noção do espaço cartesiano, Antonovsky especificou como facetas a *modalidade*, a *fonte*,

a *procura* e o *tempo*. Posteriormente, foram definidos os elementos que cada faceta deve incluir: quanto à *modalidade* do estímulo, o inquirido X responde a um estímulo que pode ser *instrumental*, *cognitivo* ou *afectivo*. Este estímulo tem uma *fonte* (origem no meio ambiente) que pode ser *interna*, *externa* ou ter uma abrangência *mista* (externa+interna). Este estímulo coloca diante do sujeito uma *solicitação* específica que pode ser de natureza *concreta*, *difusa* ou *abstracta*, referenciada (quanto ao *tempo*) ao *passado*, *presente* ou *futuro* (ver Quadro E).

Assim, cada item é o resultado de uma e só uma combinação particular de cada elemento das quatro facetas do estímulo, e uma do SCO, sendo formulado - por exemplo, para a componente Ccom, do seguinte modo: até que ponto considera o estímulo Y como compreensível?

Um dos principais problemas que se colocam a qualquer investigador no âmbito das ciências sociais implica a tradução de conceitos e suas medidas sócio-métricas, de uma para outra língua, e sua aplicabilidade a diferentes contextos socioculturais.

Desenvolver um constructo que faça *sentido para todos* é certamente uma ambição poucas vezes recompensada. Actualmente, embora com algumas reservas, pode-se afirmar que o conceito SCO e seu constructo empírico são transculturais: foram desenvolvidos estudos do SCO em mais de 20 países, abrangendo culturas tão diversas como a finlandesa e a israelita, russa e africânder (ver Anexo 12.4.).

Mais de 35 000 pessoas já preencheram o instrumento de medida SCO (ANTONOVSKY, 1993b). Em 26 estudos repertoriados, os valores de consistência interna mantêm-se elevados (nunca abaixo de .80).

Da sua validação para o português (n= 643, SABOGA NUNES, 1999) encontraram-se os seguintes resultados que reforçam a pertinência transcultural deste constructo:

- elevada consistência interna (Alpha de Cronbach de .83 a .90);
- validade convergente com o Locus de Controlo Interno-Externo ( $r = +.36$ );
- validade convergente com a avaliação subjectiva da saúde ( $r = +.31$ );
- validade discriminante com o Teste de Ansiedade ( $r = -.27$ );
- validade discriminante com o Isolamento ( $r = -.45$ );
- validade discriminante com o traço de stress ( $r = -.23$ );
- consistência e validade interna da escala em situações de re-teste ( $r = .88$ );

### 2.3. Conclusão

A razão de ser dos sistemas de saúde resume-se na noção de promoção da saúde das populações. Dentro dos paradigmas patogénico e salutogénico, as suas várias teorias vieram alertar o cidadão para a possibilidade de *gerir positivamente o stress da vida*. Surgiram, então, modelos biológicos (e.g. o síndrome geral de adaptação, a genética), psicológicos (e.g. o modelo psicodinâmico, a teoria da aprendizagem) cognitivos, sociológicos e holísticos (RICE, 1987, pp. 17-31).

Os resultados entretanto obtidos - fruto das implicações destas matrizes de pensamento e de condicionamento da acção - nem sempre são claramente mensuráveis no seu sucesso (basta reflectir no impacto das lutas antitabágicas), permanecendo em aberto a discussão relativamente à *teoria* que deveria formatar as políticas concretas da promoção da saúde. Aliás, o carácter efémero de muitas dessas *teorias* permite considerar a promoção da saúde como algo transdisciplinar, resultado da contribuição multifacetada das diferentes áreas do saber.

A promoção da saúde consiste, fundamentalmente, na combinação de apoios educativos e ambientais a acções e condições de vida que conduzem à saúde e influenciam os factores determinantes desta (GREEN, 1991). A promoção

da saúde tem por objectivo permitir ao indivíduo adquirir maior domínio sobre os factores determinantes da sua própria saúde

Do quadro de pensamento que aqui se apresenta, é possível inferir que a aceitação da perspectiva salutogénica não implica a rejeição ou abandono da patogénica (ANTONOVSKY, 1984b, 1987). Não se trata de um momentum de ruptura epistemológica, aguardando um paradigma emergente, a aurora de um novo dia para a compreensão da saúde, no qual se rejeita para o campo dos paradigmas perdidos o seu predecessor. Os benefícios da perspectiva patogénica são visíveis em todos os campos clínicos e é importante que continue a investigação relativa aos patógenos e efeitos dos stressores. Ambas as perspectivas paradigmáticas contribuem para o seu crescimento recíproco, e, como as duas faces de uma mesma moeda, complementam-se na compreensão do ser humano. Finalmente, a perspectiva salutogénica é talvez uma das mais recentes aquisições para a construção do saber sobre a saúde, e, Antonovsky acrescentou um tijolo ao edifício inacabado do acumular deste conhecimento.

Este conceito, pouco divulgado entre nós, e, face à inexistência de bibliografia em território português que permitisse o seu aprofundamento, levou-nos ao desenvolvimento de um instrumento de pesquisa documental que permitisse colmatar esta dificuldade.

Neste contexto, instalámos uma página na Internet sob o endereço <http://www.angelfire.com/ok/soc> apresentada em cinco línguas diferentes (português, inglês, francês, sueco e finlandês). Deste modo, foi possível estabelecer contactos com a comunidade de investigadores SCO. Salientamos o capítulo contendo 390 títulos e seus resumos de trabalhos realizados sobre o SCO. Isto permitiu uma extensa apreciação não só das diferentes investigações já realizadas, ou em curso, como ainda a troca de impressões sobre aspectos práticos relativos à investigação SCO em Portugal.

Estabeleceu-se, deste modo, uma rede de investigadores interessados no SCO, e foram criadas sinergias próprias a um projecto descentrado e enriquecido pelo transporte instantâneo de informação. Aguardamos a sua visita e feed-back.

## Bibliografia

ANTONOVSKY, A. 1967 - Social Class, life expectancy and overall mortality. Milbank Quarterly, 45, 1967, 31-73

ANTONOVSKY, A. 1974 - Conceptual and methodological problems in the study of resistance resources and stressful life events. In B. DOHRENWEND & B. DOHRENWEND (Eds.) Life events : their nature and effects. New York: Willey, 1974, 245-258

ANTONOVSKY, A. 1979 - Health, stress, and coping ; new perspectives on mental and physical well-being. San Francisco: Jossey-Bass, 1979

ANTONOVSKY, A. 1984a - A call for a new question - salutogenesis - and a proposed answer - the sense of coherence. Journal of Preventive Psychiatry, 2, 1-13, 1984a

ANTONOVSKY, A. 1984b - The sense of coherence as a determinant of health. In MATARAZZO, J. D. (Ed) Behavioral health : a handbook of health enhancement and disease prevention. New York : John Willey & Sons, 1984b

ANTONOVSKY, A. 1985 - Health, stress and coping. London: Jossey-Bass Publishers, 1985

ANTONOVSKY, A. 1986; BERNSTEIN, J. - Pathogenesis and salutogenesis in war and other crisis : Who studies the successful copier in Milgram, N.A. (Ed) Stress and

coping in time of war: generalizations from the Israeli experience (pp. 52-65). New York: Brunner/Mazel, 1986

ANTONOVSKY, A. 1987 - Unraveling the mystery of health: how people manage stress and stay well. San Francisco : Jossey-Bass, 1987

ANTONOVSKY, A. 1993a - Complexity, conflict, chaos, coherence, coercion and civility, Social Science & Medicine, 37, 1993, 969-974

ANTONOVSKY, A. 1993b - The structure and properties of the sense of coherence scale, Social Science & Medicine, 36, 6, 1993, 725-733

BADURA, B. 1991; KICKBUSCH, LONA, (Ed.) - Health promotion research: towards a new social epidemiology. Copenhagen: WHO, 1991

BANDURA, A. 1977 - Self-efficacy : toward a unifying theory of behavioral change, Psychol Rev, 84 1977, 191-215

BELLOC, N. B. 1972; BRESLOW, L. - Relationships of physical health and health practices. Preventive Medicine, 1, 1972, 409-421

SIRA, Z. 1985 - Potency: a stress-buffering link in the coping-stress-disease relationship. Social Science and Medicine, 21, 1985, 397-406

CANNON, W. B. 1939 - The wisdom of the body (rev. ed.). New York: Norton, 1939

CARMEL, S. *et al* 1991 - Life events, sense of coherence and health: gender differences on the kibbutz, Social Science and Medicine, 32, 10, 1991, 1089-1096

COLERICK, E. J. 1985 - Stamina in later life. Social Science and Medicine, 21, 1985, 997-1006

COOPERSMITH, S. 1983 - The antecedents of self esteem. San Francisco: Freeman, 1983

CRANDALL, J. E. 1984 - Social interest as a moderator of life stress. Journal of Personality and Social Psychology, 47, 1984, 164-174

CRANDALL, R. 1973 - The measurement of self esteem and related constructs, in Robinson J.P, Shaver PR, eds Measures of psychological attitudes, Ann Arbor: Institute for social research, 1973, 45-167

DATAN, N. 1981; ANTONOVSKY, A.; MAOZ, B. - A time to reap: the middle age of women in five Israeli cultures. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1981

DECI, E. L. 1975 - Intrinsic motivation. New York: Academic Press, 1975

FRIED, M. 1982 - The endemic stress : the psychology of resignation and the politics of scarcity. American Journal of Orthopsychiatry, 52, 1982, 4-19

GHOLSON, B. 1985; BARKER, P. - Kuhn, Lakatos, and Laudan. American Psychologist, 40, 1985, 755-769

GOLDSTEIN, K. 1939 - The organism: a holistic approach to biology derived from pathological data in man. New York: American Book Company, 1939

HOLMES, T. H. 1967; RAHE, R. H. - The social readjustment rating scale. Journal of Psychosomatic Research, 11, 1967, 213-218

HOLMES, T. H. 1974 ; MASUDA, M. - Life change and illness susceptibility. In stressful life events: Their nature and effects. DOHRENWEND B.S. AND DOHRENWEND B.P., (Eds) New York: John Wiley, 44-72, 1974

JENKINS C. D. 1971 - Psychologic and social precursors of coronary disease. New England Journal of Medicine 284, 1971, 244-255

- KAPLAN, B. H. 1977; CASSEL J. C.; GORE, S. - Social support and health. Medical Care Supplement, 15, 47-58
- KESSLER R. C. 1982; ESSEX, M. - Marital status and depression: the impact of coping resources. Social Forces 61, 1982, 484-507
- KESSLER, R. C. 1984; MCLEOD, J. D. - Sex differences in vulnerability to undesirable life events. American Sociological Review. 49, 1984, 620-631
- KOBASA, S. C. 1979 - Stressfull life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. Journal of Personality and Social Psychology 42, 1979, 707-717
- KOHN, M. L. 1983; SCHOOLER, C. - Work and personality: an enquiry into the impact of social stratification. Norwood, NJ: Ablex, 1983
- KOROTKOV, D. 1994; HANNAH, E. - Extraversion and emotionality as proposed superordinate stress moderators: a propective analysis, Social Science & Medicine, 16, 5, 1994, 787-792
- LAZARUS, R. S. 1993 - From psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks, Annual Review of Psychology, 44, 1993, 1-21
- LAZARUS, S. R. 1997; MONAT, A. - Stress and coping, an anthology. New York: Columbia University Press, 1977
- LEAL, M. 1998 - Stress e burnout. Porto, s.l., 1998
- LEFCOURT, H. M. 1986; Martin, R. A. - Humor and life stress: antidote to adversity. New York: Springer - Verlag, 1986
- LESHAN, L. 1966 - Antonovsky emotional life-history pattern associated with neoplastic disease, Annals of the New York Academy of Science, 125, 1966, 780-793
- MASLOW, A. H. 1954 - Motivation and personality. New York: Harper & Row. (2nd ed., 1970), 1954
- MCCUBBIN, H. I. 1994; THOMPSON E. A., THOMPSON, A. I., FROMER, J. E. (Eds.) - Sense of coherence and reliency: stress, coping and health. Madison WI: University of Wisconsin Press, 1994
- O'DONNELL, M. P. 1989 - Definition of Health Promotion: Part III: Expanding the definition. American Journal of Health Promotion, 3(3) :5, 1989
- PARSONS, T. 1958 - Definitions of health and illness in light of American values and social structure, in Jaco. E.G. (ed) Patients, Physicians and illness, New York: Free Press, 1958
- PERALIM, L. J. 1978; SCHOOLER, C. - The structure of coping. Journal of Health and Social Behavior, 19, 1978, 2-21
- RABKIN, L. I. 1976; STRUENING E. L. - Life events, stress and illness, Science 194, 1976, 1013-1020
- RICE, P. L. 1987 - Stress and Health, Michigan: Ann Arbor, 1987
- ROGERS, C. R. 1959 - A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships, as developed in the client-centered framework. In S. KOCH (Ed.) Psychology: a study of a science 3, 184-256. New York: McGraw-Hill, 1959
- ROSENBAUM, M. 1988 - Learned resourcefulness, stress and self-regulation. FISHER, S.; REASON, J. (Eds), Handbook of life-stress, cognition and health, 483-496. Chichester: Wiley, 1988
- ROTTER, J. B. 1954 - Social learning and clinical psychology. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1954

- ROTTER, J. B. 1966 - Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement Psychological Monographs, 80, 1, 1966, 609
- SABOGA NUNES, L.A. 1998 - Compreender o cidadão e fortalecê-lo na gestão do stress: introduzindo o conceito do sentido interno de coerência. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 16, 4, 1998, 25-31
- SABOGA NUNES, L.A. 1999 - O sentido de coerência. Escola Nacional de Saúde Pública, 1989, dissertação elaborada no âmbito do Curso de Mestrado em Saúde Pública I, ministrado pela ENSP, UNL, 1999
- SCHMALE, A. H. 1966; KER H. - The psychological setting of uterine cervical cancer. Annals of the New York Academy of Science, 125, 1966, 807-816
- SELYE, H. 1956 - The stress of life, New York: McGraw-Hill, 1956
- SELYE, H. 1974 - The stress of life, New York: J.B. Lippincott, 1974
- SHEIER, M. F. 1985 ; CRAVER, C. S. - Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies, Health Psychology, 1985, 4, 219-247
- SPARACINO J. 1982 - Blood pressure, stress and mental health, Nursing Research, 31(2), 1982, 89-94
- SUPER, D. E. 1955 - Transition: from vocational guidance to counseling psychology. Journal of Counseling Psychology, 2, 1955, 3-9
- SYME, S. L. 1976 ; BERKMAN L. F. - Social class, susceptibility and sickness, American Journal of Epidemiology, 104, 1976, 1
- TAYLOR, J. A. 1953 - A personality scale of manifest anxiety TMAS. Journal of Abnormal and Social Psychology, 48, 1953, 285-290
- TAYLOR, S. 1986 - Health psychology, New York: Random House, 1986
- THOMAS, C. B. 1981 - Stamina: the thread of human life. Journal of Chronic Diseases, 34, 1981, 41-44
- WHITE, R. W. 1959 - Motivation reconsidered: The concept of competence. Psychological Review, 66, 1959, 297-333
- WHO 1997 Health for all for the twenty-first century: the health policy for Europe, Copenhagen: WHO, 1997
- Wilcox, B. L. 1981 - Social support, life stress, and psychological adjustment: a test of the buffering hypothesis. American Journal of Community Psychology, 9, 4, 1981, 371-386