

Análise da validade e confiabilidade da versão adaptada para o português do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky, entre profissionais de enfermagem

Denise Rodrigues Costa Schmidt¹

Rosana Aparecida Spadoti Dantas²

Este é um estudo metodológico cujo objetivo foi avaliar a validade de constructo e a confiabilidade da versão brasileira do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky (QSCA), entre profissionais de enfermagem. Participaram do estudo 211 profissionais que atuavam nos blocos cirúrgicos de onze hospitais, de uma cidade do interior do Paraná, Brasil. A maioria dos participantes era do sexo feminino (86,7%), com tempo médio de atuação de 9,3 (dp=8,0) anos. A validade de construto foi avaliada com testes de correlação de Pearson entre as medidas do senso de coerência e de construtos correlatos, obtendo correlação inversa e forte entre senso de coerência e ansiedade ($r=-0,53$) e senso de coerência e depressão ($r=-0,61$). A confiabilidade, avaliada pelo alfa de Cronbach, obteve valor aceitável de 0,87. A versão adaptada para o português do QSCA manteve as propriedades psicométricas da escala original, quando utilizada em profissionais de enfermagem.

Descritores: Enfermagem; Validade dos testes; Reprodutibilidade dos Testes.

¹ Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Hospital Universitário de Londrina, PR, Brasil. E-mail: denisebeto@terra.com.br.

² Enfermeira, Livre Docente, Professor Associado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, SP, Brasil. E-mail: rsdantas@eerp.usp.br.

Analysis of Validity and Reliability of the Adapted Portuguese Version of Antonovsky's Sense of Coherence Questionnaire Among Nursing Professionals

This methodological study aimed to evaluate the construct validity and reliability of the Brazilian-Portuguese version of Antonovsky's Sense of Coherence Questionnaire (ASCQ) among nursing professionals. The study included 211 professionals who worked in the surgical wards of eleven hospitals in a city in the interior of the State of Paraná-Brazil. The majority of participants were female (86.7%), with a mean length of service of 9.3 (SD=8.0) years. Construct validity was evaluated using Pearson correlation tests between the measures of sense of coherence and correlated constructs, obtaining strong negative correlations between sense of coherence and anxiety ($r=-0.53$) and sense of coherence and depression ($r=-0.61$). Internal reliability, assessed by Cronbach's alpha, obtained an acceptable value of 0.87. The Brazilian-Portuguese version of ASCQ maintained the psychometric properties of the original scale when used with nursing professionals.

Descriptors: Nursing; Validity of Tests; Reproducibility of Results.

Análisis de validez y confiabilidad de la versión adaptada para el portugués del Cuestionario de Sentido de Coherencia de Antonovsky entre profesionales de enfermería

Estudio metodológico cuyo objetivo fue evaluar la validez de constructo y la confiabilidad de la versión brasileña del Cuestionario de Sentido de Coherencia de Antonovsky entre profesionales de enfermería. Participaron del estudio 211 profesionales que actuaban en los centros quirúrgicos de once hospitales de una ciudad del interior de Paraná, Brasil. La mayoría de los participantes era del sexo femenino (86,7%), con tiempo promedio de actuación de 9,3 (D.E.=8,0) años. La validez de constructo fue evaluada con pruebas de correlación de Pearson entre las medidas del Sentido de Coherencia y de constructos correlacionados, obteniendo correlación inversa y fuerte entre Sentido de Coherencia y ansiedad ($r=-0,53$) y Sentido de Coherencia y depresión ($r=-0,61$). La confiabilidad, evaluada por el alfa de Cronbach, obtuvo valor aceptable de 0,87. La versión adaptada para el portugués del QSCA mantuvo las propiedades psicométricas de la escala original cuando utilizada en profesionales de enfermería.

Descriptores: Enfermería; Validez de las Pruebas; Reproducibilidad de Resultados.

Introdução

O Modelo Salutogênico de Antonovsky⁽¹⁾ tem sido considerado, na literatura da área da saúde, como nova abordagem para a avaliação de indivíduos em condições crônicas de saúde ou pertencentes a grupos específicos, como idosos, adolescentes, gestantes, crianças e trabalhadores de diversas áreas. O enfoque são os recursos de *coping* e não os estressores⁽¹⁾. O senso de coerência, construto chave dessa teoria, se propõe a explicar estratégias bem-sucedidas de enfrentamento do estresse. É uma orientação global que expressa a capacidade de um indivíduo confiar que, em sua vida, o estímulo proveniente dos ambientes interno e externo são estruturados, previsíveis e explicáveis (compreensão), os recursos estão disponíveis para que ele possa satisfazer as

demandas impostas por esses estímulos (manejo), e essas demandas são mudanças, merecedoras de investimentos e engajamento (significado). Compreensão, manejo e significado são os três componentes que formam o senso de coerência⁽²⁾.

O estresse tem sido associado à presença de doenças ocupacionais em diversas áreas, entre elas a da enfermagem. Em estudo realizado com profissionais de enfermagem que atuavam em unidades de terapia intensiva, os autores concluíram que a presença de estresse estava associada à insatisfação com o trabalho e aos sintomas relacionados às alterações cardiovasculares, aparelho digestivo e musculoesquelético⁽³⁾.

Avaliar o senso de coerência de profissionais de

enfermagem, no Brasil, pode ser ferramenta importante para a determinação de políticas gerenciais que visam favorecer o ajustamento de trabalhadores aos locais de trabalho, identificando aqueles que possuem maior capacidade para lidar com o estresse presente no local de atuação. Para essa avaliação, faz-se necessário ter disponível, para a nossa cultura, o instrumento criado para a avaliação do senso de coerência, intitulado, pelo autor, Questionário de Orientação para a Vida (*Orientation to Life Questionnaire*), referido na literatura como Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky (QSCA). Esse instrumento foi adaptado e validado recentemente para a língua portuguesa entre pacientes cardíacos⁽²⁾, e já havia sido utilizado entre trabalhadores de ocupações distintas⁽⁴⁾, entre docentes⁽⁵⁾ e profissionais de enfermagem⁽⁶⁻⁷⁾ em outros países, porém, no Brasil, ainda não havia sido aplicado entre trabalhadores de enfermagem.

A validade de constructo é uma das mais importantes formas de se avaliar as características psicométricas de um instrumento, sendo, porém, a mais complexa e difícil de ser determinada. Um instrumento com boa validade de constructo garante a avaliação da teoria ou da hipótese sob investigação, ou seja, está relacionada à habilidade do instrumento de confirmar as hipóteses esperadas⁽⁸⁾. Aqui, foi investigada a validade de constructo da versão adaptada para o português do QSCA (29 itens), por meio da validade convergente. Para avaliação dessa validade, a literatura recomenda a avaliação de correlações entre constructos similares⁽⁸⁾, assim, o senso de coerência tem sido associado à depressão isoladamente^(2,6,9-11) e à depressão junto à ansiedade⁽¹²⁻¹³⁾. Há indícios de que forte senso de coerência possuiria efeito mediador entre hostilidade e sintomas depressivos⁽¹⁰⁾, enquanto baixo senso de coerência estaria associado ao aumento da prevalência de depressão⁽⁹⁾ e de ansiedade⁽¹²⁾. Portanto, instrumentos validados para a medida de constructos como depressão, ansiedade e autoestima podem ser utilizados para avaliação da validade convergente de instrumentos como o QSCA.

Estabeleceram-se as seguintes hipóteses para testar a validade de constructo: 1 - há correlação divergente (negativa) e de moderada a forte intensidade, entre a medida total do QSCA e a medida de ansiedade, avaliada pela subescala Ansiedade da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS-A) e 2 - há correlação divergente (negativa) e de moderada a forte intensidade, entre a medida total do QSCA e a medida de depressão, avaliada pela subescala Depressão da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS-D).

Os objetivos do estudo foram avaliar a validade de constructo convergente, a confiabilidade e a presença

de efeito *ceiling* (teto) e efeito *floor* (chão) da versão brasileira do QSCA, quando utilizada em profissionais de enfermagem.

Método

Delineamento do estudo

Trata-se de estudo metodológico, inserido em um projeto ampliado sobre a saúde física e mental e a qualidade de vida no trabalho, realizado com profissionais de enfermagem que atuavam no bloco cirúrgico.

Local do estudo

O estudo foi desenvolvido em onze blocos cirúrgicos da cidade de Londrina, PR, Brasil, e aprovado pelo Comitê de Bioética e Ética em Pesquisa da Irmandade Santa Casa de Londrina, Bioiscal, sob nº235/06, de acordo com as orientações da Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/MS.

População

A população do estudo foi composta por 340 profissionais da equipe de enfermagem, de centro cirúrgico e/ou central de materiais e esterilização dos onze hospitais da cidade de Londrina, que permitiram a coleta de dados. Os sujeitos do estudo foram 211 (66,8%) trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem) que concordaram em participar do estudo, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido e retornando o instrumento de coleta de dados, preenchido, para as pesquisadoras.

Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados era composto por dados sociodemográficos e profissionais, pela versão adaptada e validada para o português do QSCA⁽²⁾, e pela versão adaptada para o português da Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)⁽¹⁴⁾.

O QSCA é um instrumento fechado e sistematizado, contendo 29 itens que avaliam um único constructo, o senso de coerência. Segundo o seu autor, na composição do senso de coerência há a presença dos componentes compreensão (11 itens), manejo (10 itens) e significância (oito itens)⁽¹⁾. Conforme sua orientação, esses componentes não devem ser avaliados separadamente como subescalas do QSCA, uma vez que o instrumento é unidimensional e avalia um único constructo, o senso de coerência. Essa unidimensionalidade tem sido confirmada pela análise do componente principal, realizada em vários estudos^(1-2,15-16). As respostas aos itens são obtidas por uma escala de

sete pontos, com valores extremos variando de um a sete, na qual o valor sete representa o mais elevado senso de coerência e o um, o mais fraco. Antes do cálculo para o escore total da escala, os 13 itens, que são redigidos de forma reversa, foram recodificados, ou seja, o valor sete (7) foi transformado em um (1), o seis (6) em dois (2) e, assim, sucessivamente, conforme orientação do autor do questionário⁽¹⁾. O intervalo possível para a escala varia de 29 a 203, com maiores valores significando maior senso de coerência do indivíduo⁽¹⁾.

Para avaliar a ansiedade e a depressão, optou-se pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)⁽¹⁷⁾, em sua versão adaptada e validada para a língua portuguesa⁽¹⁴⁾. Essas medidas foram selecionadas, baseadas na literatura que tem demonstrado que depressão e ansiedade estariam associadas negativamente à medida de senso de coerência^(2,12-13). A HADS contém 14 questões do tipo múltipla escolha, divididas em duas subescalas: ansiedade (HADS-A) e depressão e (HADS-D), com sete itens cada uma. Cada item tem uma pontuação que varia de zero a três e o intervalo global, em cada subescala, varia de zero a 21. Maiores valores indicam mais sintomas de ansiedade e/ou de depressão⁽¹⁷⁾.

Análise semântica e pré-teste

Para avaliar as propriedades psicométricas da versão adaptada do QSCA, entre os trabalhadores, realizou-se, em abril de 2007, a análise semântica do questionário, para verificar se todos os itens eram compreensíveis para os potenciais participantes do estudo. Participaram da análise semântica três auxiliares de enfermagem e um enfermeiro de um dos hospitais do estudo, os quais foram escolhidos por sorteio e não apresentaram dificuldades para a compreensão dos itens, sendo mantidos a mesma redação e formato da versão adaptada para o português. Em seguida, foi realizado pré-teste com 20 profissionais de enfermagem de dois hospitais participantes do estudo e que responderam o instrumento individualmente. Como os mesmos não apresentaram dificuldades para compreender ou preencher o instrumento, a versão adaptada do QSCA, testada entre pacientes cardíacos⁽²⁾, foi aplicada aos participantes do presente estudo.

Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de maio a novembro de 2007, por meio dos questionários que foram entregues, em mãos, por uma das pesquisadoras, aos potenciais respondentes, em envelopes fechados, o que contribuiu para garantir o anonimato dos participantes.

Processamento e análise dos dados

Os dados obtidos foram processados e analisados pelo *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 15.0 *for Windows*. Todas as variáveis sofreram análises descritivas e as variáveis contínuas foram analisadas segundo as medidas de tendência central (média e mediana) e dispersão (desvio-padrão).

Para a avaliação da validade de constructo convergente da versão adaptada para o português do QSCA, foram realizados testes de correlação de Pearson entre as medidas de senso de coerência, ansiedade e depressão. Para a classificação da força de correlação entre as variáveis, consideraram-se valores próximos de 0,30 como satisfatórios, entre 0,30 e 0,50 de moderada magnitude, acima de 0,50 de forte magnitude e valores abaixo de 0,30 de pouco valor para a prática, mesmo que estatisticamente significante⁽¹⁸⁾. A escolha para tal classificação difere da interpretação de autores, comumente usada por estar se tratando de correlações entre medidas de constructos subjetivos que não podem ser observados diretamente pelo pesquisador, fato comum nas ciências sociais⁽¹⁸⁾.

Para a análise da confiabilidade da versão adaptada do QSCA, no que se refere à consistência interna de seus itens, foi calculado o coeficiente alfa de Cronbach. A confiabilidade das medidas de ansiedade e depressão também foi avaliada e, embora não haja limiar mínimo para que um coeficiente de fidedignidade seja considerado adequado para todos os fins, entende-se que, não havendo outras falhas, quanto mais alto o coeficiente mais confiável o instrumento⁽⁸⁾. Desse modo, consideraram-se valores acima de 0,70 como adequados para este estudo. O nível de significância adotado para os testes de hipóteses do estudo foi de 0,05.

A existência dos efeitos *floor* e *ceiling* é observada quando mais de 15% dos participantes fazem a opção pelo menor ou pelo maior escore possível da escala de resposta, respectivamente⁽¹⁹⁾. Essa análise tem sido feita como avaliação da responsividade do instrumento.

Quanto ao manuseio dos dados perdidos (*missing data*), seguiu-se o critério que estabelece que só devem ser excluídos da amostra aqueles participantes que tiveram 20% ou mais de itens não respondidos, em uma dada escala⁽²⁰⁾. Diante desse critério, foram mantidos para análise do QSCA os participantes que tivessem respondido, no mínimo, 24 itens do questionário. Para esses participantes, optou-se pela substituição dos dados perdidos pela média das suas respostas aos demais itens da escala.

Resultados

Entre os 211 trabalhadores que participaram do estudo, 183 (86,7%) eram do sexo feminino, a maioria casada (n=114; 54,0%), com idade média de 40 anos (dp=9,7) e ensino médio completo (n=123; 58,3%). Evidenciou-se que 31 (14,7%) profissionais buscavam formação complementar por meio de cursos de graduação em andamento. Entre os 36 (17,1%) profissionais de nível superior, 16 (7,6%) continuaram o aprimoramento profissional por meio de curso de pós-graduação *lato sensu* (n=15; 41,7%) e *stricto sensu* (n=1; 2,8%).

Com relação às características profissionais, 62,6% (n=132) eram auxiliares de enfermagem, 10,4% (22) eram enfermeiros, 12,8% (27) técnicos e 13,3% (28) atendentes de enfermagem. O tempo de experiência para os participantes do estudo foi, em média, de 9,3 (dp=8,0) anos, intervalo de dois meses a 32 anos. A carga horária semanal média foi de 47,3 (dp=16,0) horas, intervalo de 20 a 90 horas de trabalho. Constatou-se, também, que a maioria dos trabalhadores pertencia às instituições

públicas e filantrópicas (n=123; 58,3%).

O salário de 66,4% (n=140) dos profissionais era de um a três salários mínimos, sendo que apenas 7,1% (15) recebiam mais do que sete salários mínimos e 22,7% (48) dos profissionais possuíam duplo vínculo empregatício.

Com relação à análise dos dados perdidos do QSCA, foram excluídos oito trabalhadores, sendo que três não responderam todos os itens do instrumento e os demais deixaram de responder entre seis e 16 itens. O item com maior frequência de não respostas foi o item 11 (3,8%) que indaga sobre realizações futuras. Os valores dos itens dos participantes que obtiveram menos de 20% de não respostas foram substituídos pela média das respostas dos sujeitos aos demais itens.

Os itens 4, 7, 8, 13, 14, 16, 20, 22, 23 e 27 foram os itens que mais obtiveram respostas direcionadas ao valor sete do questionário. Os itens 13 e 14 foram aqueles que apresentaram maior frequência para esse extremo da escala, respectivamente, 65,4 e 66,4%, conforme se pode observar na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição das frequências de respostas aos itens do QSCA e de itens não respondidos pelos profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico (BC). Londrina, PR, 2007

QSCA	Valor 1 (%)	Valor 2 (%)	Valor 3 (%)	Valor 4 (%)	Valor 5 (%)	Valor 6 (%)	Valor 7 (%)	Sem resposta (%)
Item 1	2,4	2,4	8,1	9,5	15,6	28,4	31,3	2,4
Item 2	3,3	6,2	11,8	11,8	18,5	14,7	30,8	2,8
Item 3	11,4	12,3	19,4	25,6	12,3	6,6	10,0	2,4
Item 4	8,1	3,3	8,5	8,1	10,4	20,9	38,9	1,9
Item 5	20,9	21,3	20,4	11,8	10,0	8,5	5,2	1,9
Item 6	16,1	24,2	19,0	12,8	10,0	11,8	3,8	2,4
Item 7	9,0	2,8	7,6	11,8	9,5	13,3	43,6	2,4
Item 8	1,4	1,4	1,4	3,3	10,4	20,9	58,8	2,4
Item 9	7,1	7,6	11,4	12,8	19,0	16,1	23,7	2,4
Item 10	29,9	12,8	12,3	13,7	13,3	7,1	9,0	1,9
Item 11	1,4	0,5	4,7	17,1	20,4	20,4	31,8	3,8
Item 12	1,4	3,8	10,9	12,8	18,0	23,7	26,5	2,8
Item 13	0,5	0,9	0,9	4,7	6,6	19,0	65,4	1,9
Item 14	0,9	1,9	2,4	5,2	9,0	11,4	66,4	2,8
Item 15	7,8	10,9	8,1	18,5	25,1	16,6	10,9	2,4
Item 16	1,9	0,5	2,8	10,9	12,8	29,4	39,3	2,4
Item 17	25,6	17,1	9,0	14,7	13,3	10,9	6,6	2,8
Item 18	4,3	6,2	9,0	14,2	16,1	19,4	28,0	2,4
Item 19	3,3	4,7	11,4	9,5	18,0	20,9	29,9	2,4
Item 20	0,9	3,3	4,3	4,7	11,4	21,3	51,2	2,8
Item 21	7,6	9,0	14,7	9,5	19,4	21,3	16,1	2,4
Item 22	1,4	0,5	3,3	5,7	10,9	21,3	54,5	2,4
Item 23	7,6	3,3	9,0	10,4	10,0	17,1	40,8	1,9
Item 24	10,0	6,6	12,3	17,1	15,6	16,1	19,4	2,8
Item 25	4,3	7,1	19,4	22,3	19,4	14,7	10,4	2,8
Item 26	10,9	6,2	11,8	22,3	17,1	14,7	14,7	2,4
Item 27	0,5	1,9	3,3	12,3	17,1	22,3	40,3	2,4
Item 28	0,9	5,7	5,7	11,8	10,0	25,6	37,4	2,8
Item 29	5,7	6,6	6,2	9,5	12,3	25,1	32,2	2,4

A média do QSCA para os 203 profissionais de enfermagem dos BCs que responderam o questionário foi de 144,6 (dp=22,6) e mediana de 144, que é maior que a mediana do intervalo possível entre 29 e 203, que é igual a 116. O intervalo obtido variou entre 69 e 201, revelando que existiam profissionais tanto com baixo quanto com alto senso de coerência. Quanto à mediana dos itens, os valores variaram de três (itens 5, 6, 10 e 17) a sete (itens 8, 13, 14, 20 e 22). As médias dos itens variaram de 3,1 (item 5) a 6,4 (item 13), intervalo possível de um a sete.

A presença dos efeitos *floor* e *ceiling*, ou seja, frequência maior do que 15% de respostas dos

participantes pelo menor ou pelo maior escore possível da escala, respectivamente, foi observada em alguns itens. O efeito *floor* esteve presente nos itens 5, 6, 10 e 17 e o efeito *ceiling* foi observado na maioria dos itens, com exceção dos itens 3, 5, 6, 10, 15, 17, 25 e 26.

A consistência interna do instrumento foi verificada pelo alfa de Cronbach, obtendo-se valor igual a 0,87, demonstrando a existência dessa medida de confiabilidade do instrumento na população estudada.

Os resultados, relacionados à escala (HADS) utilizada para análise da validade convergente com a medida do senso de coerência, estão apresentados na Tabela 2.

Tabela 2 – Estatística descritiva e consistência interna das subescalas HADS-ansiedade e HADS-depressão entre os profissionais de enfermagem dos blocos cirúrgicos. Londrina, PR, 2007

Subescalas da HADS	No.de itens	Alfa de Cronbach	Média (dp)	Mediana	Intervalo possível	Intervalo obtido
Ansiedade	7	0,79	6,3 (3,7)	6,0	0–21	0–21
Depressão	7	0,77	5,2 (3,3)	5,0	0–21	0–16

Os valores dos coeficientes alfa de Cronbach, para as subescalas HADS-ansiedade e HADS-depressão, foram acima de 0,70, o que indica confiabilidade das medidas utilizadas para testar a validade de constructo convergente da versão adaptada do QSCA.

Para verificar a validade convergente do senso de coerência, avaliado pelo instrumento QSCA entre trabalhadores de enfermagem, optou-se por testar a correlação entre a medida do senso de coerência com a medida de ansiedade e de depressão, avaliadas pela HADS.

Na Tabela 3, estão apresentados os valores dos coeficientes de correlação, obtidos entre as medidas do QSCA e da HADS, entre os profissionais de enfermagem dos BCs.

Tabela 3 – Correlações de Pearson entre as medidas, obtidas pelo Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky e pela Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão. Londrina, PR, 2007

MEDIDAS	QSCA	HADS-A	HADS-D
QSCA	1	-0,53*	-0,61*
HADS-A		1	0,77*
HADS-D			1

*Nível de significância de 0,01

Com esses resultados, constatou-se que há correlação negativa e de forte intensidade entre as medidas obtidas pelo QSCA e as medidas de ansiedade e depressão, ou seja, o QSCA é positivamente ordenado, maiores valores indicam maior senso de coerência. As escalas HADS-A e a HADS-D também são positivamente ordenadas, maiores valores indicam mais sintomas de ansiedade e/ou de depressão. A correlação negativa entre a medida do senso de coerência com as medidas de ansiedade e depressão confirmaram as hipóteses formuladas para este estudo.

Discussão

A análise descritiva dos dados obtidos pela aplicação do QSCA, entre os profissionais de enfermagem, mostrou mediana de 144 e média de 144,6 (dp=22,6). Neste estudo não se observou diferença significativa entre os valores da média e da mediana para o total da medida de senso de coerência. O mesmo foi observado no estudo de adaptação do instrumento, no qual a mediana e a média ficaram muito próximas. A mediana encontrada entre os pacientes cardíacos foi igual a 146,5 e a média foi de 143,2 (dp=24,9)⁽²⁾.

Resultado semelhante foi encontrado em estudo⁽²¹⁾ entre farmacêuticos, cuja média foi de 148,23 (dp=20,22) e em estudo de revisão sistemática⁽²²⁾, no qual os 124 estudos que utilizaram a versão com 29 itens do QSCA obtiveram média para o senso de coerência entre 100,5 (dp=28,5) e 164,5 (dp=17,1).

Quanto à mediana dos itens, tem-se que o valor a ser obtido nesse intervalo seria quatro, no entanto, as medianas variaram em seus valores entre 3,0 e 7,0. Resultado semelhante foi encontrado em estudo prévio⁽²⁾, cujo valor da mediana variou entre um e sete. Dez dos 29 itens do questionário obtiveram alta frequência de respostas direcionadas ao valor sete da escala, ou seja, constatou-se a presença do efeito *ceiling*⁽¹⁹⁾. Os itens 13 e 14, os quais indagam sobre a visão que o indivíduo tem a respeito de sua vida, apresentaram frequência de resposta acima de 65% para esse extremo da escala, confirmando, nessa população, que há grande tendência entre os respondentes de assinalarem o valor sete do questionário, conforme apontado pela literatura^(2,23). No estudo de validação do instrumento, os itens 13 e 14 também foram

os que obtiveram maior frequência de respostas para o valor sete (75%)⁽²⁾. O autor do instrumento original já havia alertado que um dos problemas, ao se utilizar o QSCA, era a tendência de alguns participantes responderem apenas o valor extremo da escala de resposta⁽²³⁾.

Quanto à validade do instrumento na população estudada, buscou-se encontrar a confirmação por meio da análise semântica do instrumento e pela validade de constructo convergente. Quanto à confiabilidade do instrumento, a mesma foi constatada pela análise da consistência interna, medido pelo alfa de Cronbach.

Foram encontrados resultados satisfatórios que apontam a manutenção da validade de constructo e da consistência interna da versão adaptada, no Brasil, do QSCA, no grupo de trabalhadores de enfermagem.

Especificamente, quanto ao alfa de Cronbach, obteve-se valor de 0,87, sendo superior ao encontrado no estudo de adaptação do questionário para a língua portuguesa, que foi igual a 0,78⁽²⁾. Outros estudos que utilizaram a versão de 29 itens do QSCA também apresentaram valores para o alfa de Cronbach aceitáveis e similares aos deste estudo, quais sejam, 0,91⁽²¹⁾, 0,70 a 0,95⁽²²⁾ e 0,82⁽²⁴⁾.

Quanto à validade de constructo convergente, correlacionou-se, aqui, a medida obtida pelo QSCA com as medidas provenientes da HADS-A e da HADS-D. Presença de depressão e ansiedade tem sido fortemente associada ao baixo nível de senso de coerência^(1-2,12,22). Os resultados obtidos confirmam a correlação inversa entre essas medidas, uma vez que se obteve valor para o coeficiente de correlação de Pearson de $r=-0,53$ para a HADS-A e de $r=-0,61$ para a HADS-D. Resultado semelhante foi encontrado por outros autores ao testarem a validade de constructo entre as medidas de senso de coerência e depressão, cujos valores de correlação variaram de $-0,45$ a $-0,75$ ^(2,22). Outro estudo, encontrou correlação que variou de moderada a forte magnitude entre senso de coerência e as medidas de ansiedade e depressão ($r=-0,28$ e $r=-0,73$, $p<0,01$)⁽¹²⁾.

A avaliação do senso de coerência tem sido usada como medida indireta da capacidade de enfrentamento ao estresse (*coping*) e também como medida do constructo chamado resiliência. A disponibilização deste instrumento para uso na enfermagem brasileira pode ser ferramenta importante para os estudos sobre essa temática.

Conclusão

Os resultados obtidos indicam a presença de adequada consistência interna e presença de validade de constructo da versão adaptada para o português do Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky, quando usada em

um grupo de trabalhadores de enfermagem. Este estudo possibilita a ampliação da utilização do QSCA entre profissionais de diversas áreas de atuação da enfermagem e consequente comparação com os estudos feitos em outros países.

Referências

1. Antonovsky A. Unraveling the mystery of health. São Francisco: Jossey-Bass; 1987.
2. Dantas RAS. Adaptação cultural e validação do questionário de senso de coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros [tese livre-docência]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP; 2007.
3. Cavaleiro AM, Moura DF Júnior, Lopes AC. Stress in nurses working in intensive care units. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008;16(1):29-35.
4. Kivimaki M, Eloviano M, Vahtera J, Nurmi JE, Feldt T, Keltikangas-Jarvinen L, et al. Sense of coherence and health: evidence from two cross-lagged longitudinal samples. Soc Sci Med. 2000 April; 50(4):583-97.
5. Harri M. The sense of coherence among nurses educators in Finland. Nurse Educ Today. 1998; 18(3):202-12.
6. Tselebis A, Moulou A, Ilias I. Burnout versus depression and sense of coherence: study of Greek nursing staff. Nurs Health Sci. 2001; 3(2):69-71.
7. Leino-Loison K, Gien LT, Katajisto J, Vlimki M. Sense of coherence among unemployed nurses. J Adv Nurs. 2004; 48(4):413-22.
8. Urbina S. Fundamentos da testagem psicológica. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 121-212.
9. Buchi S, Sensky T, Alland S, Stoll T, Schnyder U, Klaghofer R, et al. Sense of coherence – a protective factor for depression in rheumatoid arthritis. J Rheumatol. 1998; 25(5):869-75.
10. Kivimaki M, Eloviano M, Vahtera J, Nurmi JE, Feldt T, Keltikangas-Jarvinen L, et al. Sense of coherence as a mediator between hostility and health: seven-year prospective study on female employees. J Psychosom Res. 2002; 52(4):239-47.
11. Pallant J, Lae L. Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: further evaluation of the sense of coherence scale. Pers Individ Dif. 2002; 33:39-48.
12. Schnyder U, Büchi S, Sensky T, Klaghofer R. Antonovsky's sense of coherence: trait or state? Psychother Psychosom. 2000; 69(6):296-302.
13. Sjöström H; Langius-Eklöf A; Hjertberg R Well-being and sense of coherence during pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand. 2004; 83(12):1112-8.
14. Botega NJ, Pondé MP, Medeiros P, Lima MG, Guerreiro

