

O SENSO DE COERÊNCIA NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: APROXIMAÇÕES ENTRE PSICOLOGIA CLÍNICA E EDUCAÇÃO NO CONTEXTO DO SERTÃO CENTRAL

Profa. Dra. Olney Rodrigues de Oliveira¹ Universidade Aberta do Brasil/Universidade Estadual do Ceará (UAB/UECE). Fortaleza, Ceará, Brasil. olney.rodrigues@uece.br

RESUMO

Mudanças sociais aceleradas e o aumento de demandas emocionais têm intensificado a vulnerabilidade psicológica de crianças e adolescentes, tornando relevante a investigação de fatores protetivos do desenvolvimento. À luz do modelo salutogênico, este estudo teve como objetivo investigar e comparar o senso de coerência em crianças e adolescentes em atendimento psicológico clínico, analisando sua associação com sintomas psicológicos, autoestima, sexo e idade, bem como identificar seus principais preditores. Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, descritivo e associativo, realizado com 103 participantes, com idades entre 11 e 18 anos, atendidos em uma unidade de psiquiatria infantil. Foram utilizados a Escala de Senso de Coerência (SOCS-13/SOCS-29), a Escala de Autoestima de Rosenberg e o Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ). As análises incluíram estatísticas descritivas, testes t, qui-quadrado, correlações e regressões múltiplas. Os resultados indicaram que crianças apresentaram níveis mais elevados de senso de coerência e autoestima em comparação aos adolescentes. Em ambas as faixas etárias, observou-se forte associação negativa entre senso de coerência e problemas psicológicos, especialmente sintomas emocionais. Na infância, os sintomas emocionais foram o único preditor significativo do senso de coerência, enquanto, na adolescência, autoestima, hiperatividade/desatenção e sintomas emocionais explicaram conjuntamente maior proporção da variância do construto. Conclui-se que o senso de coerência é sensível às condições emocionais desde a infância e assume configuração mais complexa na adolescência, oferecendo subsídios relevantes para o diálogo entre psicologia clínica e educação em contextos marcados por vulnerabilidade social, como o Sertão Central.

PALAVRAS CHAVE: Senso de coerência; infância e adolescência; saúde mental; autoestima; contexto educacional.

1.INTRODUÇÃO

Uma questão central para a saúde psicológica diz respeito à capacidade de manter o equilíbrio em uma sociedade global marcada por mudanças rápidas. As transformações complexas nas condições de vida, somadas à alta velocidade de circulação de informações na internet, tendem a intensificar a sensação de falta de coerência, o que pode favorecer o surgimento de problemas de saúde mental (Kristensson & Öhlund, 2005). Nesse contexto, jovens que conseguem enfrentar de forma adequada as tarefas do desenvolvimento tendem a apresentar maior resiliência e melhores resultados adaptativos em comparação com seus pares (Lackaye & Margalit, 2006).

A Salutogênese, modelo proposto por Antonovsky (1987), desloca o foco dos fatores de risco para os recursos de saúde, oferecendo um referencial teórico e instrumentos úteis para o manejo dos estressores cotidianos e a promoção do bem-estar psicológico entre crianças e adolescentes (Kristensson & Öhlund, 2005). O modelo salutogênico investiga os fatores protetores da saúde na juventude, tendo como conceito central o senso de coerência (SOC).

A literatura indica que um SOC elevado está positivamente associado à boa saúde mental e negativamente relacionado à angústia e ao estresse (Grayson, 2007), bem como à ansiedade e à depressão (Blom et al., 2010) e a sintomas de hiperatividade e desatenção (Edbom et al., 2010). Em contraste, níveis baixos de SOC têm sido associados a uma ampla gama de transtornos psiquiátricos na infância e na adolescência. Problemas comportamentais, incluindo o transtorno do déficit de atenção com hiperatividade (TDAH), tendem a gerar interações sociais mais difíceis e a enfraquecer o suporte social, um recurso importante para o enfrentamento das demandas ambientais. Edbom et al. (2010) observaram que um SOC elevado aos 16 anos atuou como fator protetor contra sintomas de desatenção e hiperatividade cinco anos depois, em uma amostra de 156 pares de gêmeos com diagnóstico de TDAH.

O presente estudo utilizou um método quantitativo em um delineamento transversal descritivo e associativo. A amostra consistiu de crianças e adolescentes em atendimento psicológico clínico na Unidade de Psiquiatria Infantil da Universidade de Szeged, Hungria. Os dados foram coletados ao longo de abril de 2019 a março de 2021. Pacientes e pais receberam informações sobre o estudo e concordaram em participar assinando o consentimento livre e esclarecido. Os critérios de inclusão foram idade igual ou superior a onze anos (estar no 5º ano da escola) e ausência de queixas escolares. Os questionários foram aplicados no formato de papel e lápis. Antes da realização do estudo, obteve-se a aprovação do Comitê de Ética da Universidade de Szeged. A confidencialidade e o anonimato foram cuidadosamente protegidos e garantidos durante todas as etapas do estudo. A amostra final foi composta por 103 sujeitos (35 do sexo masculino e 68 do sexo feminino, com média de idade de 14,56 anos (DP: 1,91)). Participaram da pesquisa 58 adolescentes e 45 crianças e a idade variou de 11 a 18 anos.

As seguintes questões de pesquisa foram examinadas: *Qual é a relação entre senso de coerência e sintomas psicológicos? Qual é a relação entre senso de coerência e autoestima? Existe diferença entre senso de coerência e autoestima no gênero e na idade em relação aos*

sintomas psicológicos? Quais sintomas psicológicos são os preditores mais fortes do senso de coerência?

Em regiões rurais e especialmente no Sertão nordestino, a escola frequentemente convive com desigualdades sociais persistentes, escassez de recursos materiais e humanos e uma sobrecarga crescente sobre o trabalho docente (Silva, Lima, Khan & Rocha, 2016; Silva & Lima, 2015). Professores atuam em contextos marcados por vulnerabilidade social, múltiplas demandas e poucas redes de apoio institucional, o que impacta diretamente as condições de aprendizagem e o bem-estar emocional de crianças e adolescentes.

A presente pesquisa visa investigar a associação entre senso de coerência, autoestima e problemas psicológicos em jovens em atendimento psicológico. Recentemente, pesquisadores brasileiros como Prado et al. (2024) têm discutido como a Salutogenese se aplica ao cotidiano educativo, sugerindo que a escola se torna um ambiente potente para reforçar esses mecanismos internos de proteção. Investigar quais fatores explicam o senso de coerência nessa fase é útil para o trabalho de professores e profissionais da educação. Este estudo analisa os preditores desse construto em uma amostra clínica, buscando oferecer uma base teórica que aproxime os saberes da psicologia das práticas vivenciadas no dia a dia com os estudantes especialmente em contextos educacionais marcados por vulnerabilidade social, como os do Sertão Central.

2. DEFINIÇÃO DOS CONCEITOS

O senso de coerência (SOC) pode ser compreendido como uma característica da personalidade relacionada à adaptabilidade (Antonovsky, 1979) ou como uma força interna (Lundman et al., 2010). Um SOC forte favorece o uso bem-sucedido de recursos diante de circunstâncias adversas (Antonovsky, 1987) e uma avaliação emocional e cognitiva positiva da relação entre o indivíduo e seu ambiente (Margalit & Eysenck, 1990). O SOC resulta da interação entre indivíduo e contexto, sendo influenciado por fatores sociais, culturais e educacionais (Grayson, 2007).

Três dimensões compõem o senso de coerência: compreensibilidade (a capacidade de ter uma compreensão cognitiva sobre o problema a ser resolvido), manejabilidade (a capacidade de gerenciar os recursos para resolver o problema) e significatividade (a capacidade de estar motivado e fazer um investimento emocional para resolver a situação problemática). Os fatores originadores e promotores do SOC estão associados ao processo de desenvolvimento

durante a infância e adolescência (Antonovsky, 1987), aos processos de aprendizagem (Lindström & Eriksson, 2011) e às experiências de vida (Antonovsky, 1979). A infância e a adolescência são consideradas estágios cruciais para investigar o desenvolvimento do SOC (Evans et al., 2010).

Um fator pessoal relevante para o desenvolvimento do SOC é a autoestima (Lindström & Eriksson, 2011), um dos clássicos Recursos Generalizados de Resistência (RGR). Os RGR referem-se a recursos que auxiliam indivíduos, grupos, comunidades ou sociedades a melhorar a forma como os estressores são gerenciados e, como consequência, fortalecem o SOC (Antonovsky, 1987), incluindo recursos materiais, inteligência, identidade do ego, autoestima, bagagem cultural e religião (Antonovsky, 1979, 1987).

Estudos empíricos mostraram que uma melhor autoestima prediz um SOC mais elevado (Moksnes et al., 2016), menos ansiedade e depressão (Cederblad et al., 2003) na juventude. A autoestima é um traço relativamente estável, mas não imutável, que aumenta da adolescência para a vida adulta, predizendo realizações e bem-estar em dimensões como relacionamentos, trabalho e saúde (Orth & Robins, 2014). A relação entre SOC e autoestima na infância não tem sido estudada extensivamente.

3. OS INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

3.1 Escala de Senso de Coerência (SOCS-13)

A forma original da Escala de Senso de Coerência (SOCS) consiste em 29 itens e foi criada por Antonovsky (1987). Uma versão mais curta, a SOCS-13, foi desenvolvida para facilitar a administração. As alternativas de resposta seguem uma escala Likert de 1 a 7 pontos. O presente estudo utilizou a versão de 13 itens para crianças e a versão de 29 itens para adolescentes. Para possibilitar a comparação entre crianças e adolescentes quanto ao senso de coerência, os 13 itens da SOCS-13 foram extraídos da SOCS-29. A consistência interna foi excelente em ambos os grupos, com alfa de Cronbach de 0,87 para crianças e 0,89 para adolescentes.

3.2 Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE)

A Escala de Autoestima de Rosenberg (RSE) foi desenvolvida como uma medida de autorrelato para avaliar percepções positivas e negativas sobre si mesmo (Rosenberg, 1989). A escala contém 10 itens avaliados em uma escala Likert de 4 pontos, em que pontuações mais altas indicam maior autoestima. No presente estudo, a confiabilidade foi excelente, com alfa de Cronbach de 0,93 para crianças e 0,91 para adolescentes.

3.3 Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ)

O Questionário de Capacidades e Dificuldades (SDQ) é um instrumento de triagem comportamental utilizado com crianças e adolescentes de 11 a 18 anos (Goodman, 2001). O questionário é composto por 25 itens distribuídos em cinco subescalas, que avaliam sintomas emocionais, problemas de comportamento, hiperatividade/desatenção, dificuldades no relacionamento com pares e comportamento pró-social. No presente estudo, a confiabilidade foi considerada aceitável, com alfa de Cronbach de 0,72 para crianças e 0,70 para adolescentes.

Os três questionários foram preenchidos pelas próprias crianças e adolescentes. As análises estatísticas foram realizadas no software IBM SPSS Statistics, versão 22. Foram utilizadas estatísticas descritivas (frequências, porcentagens, médias e desvios padrão). Para comparar os grupos nas características de linha de base, utilizaram-se o teste t independente para variáveis contínuas e o teste qui-quadrado para variáveis categóricas. Análises de regressão foram conduzidas separadamente para crianças e adolescentes a fim de identificar os fatores preditores do senso de coerência.

4. RESULTADOS

A análise dos dados revelou contrastes importantes entre as faixas etárias estudadas. No que diz respeito ao senso de coerência (SOCS-13), as crianças apresentaram média de 55,93 (DP = 15,45), valor superior ao observado entre os adolescentes, que registraram média de 48,95 (DP = 15,22), evidenciando uma diferença estatisticamente significativa ($p = 0,024$). No tocante à autoestima (RSE), o mesmo padrão foi observado: o grupo mais jovem obteve pontuações mais elevadas ($M = 16,53$; $DP = 7,54$) em comparação aos adolescentes ($M = 13,55$; $DP = 6,30$; $p = 0,039$).

Observou-se ainda que a subescala de sintomas emocionais do SDQ apresentou diferença significativa entre os grupos ($p = 0,008$), com médias de 4,34 (DP = 2,83) para crianças e 5,88 (DP = 2,87) para adolescentes. No grupo adolescente, verificou-se maior proporção de participantes do sexo feminino (77,6%), refletindo uma maior procura por atendimento psicológico clínico nesse período do desenvolvimento. Embora não tenham sido identificadas diferenças diretas entre os sexos no SOC, os meninos apresentaram níveis de autoestima significativamente mais elevados ($p = 0,032$), sugerindo que o gênero pode influenciar a autopercepção em contextos de sofrimento psicológico.

Na análise por gênero, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas no senso de coerência (SOCS-13) entre meninos ($M = 53,51$; $DP = 15,22$) e meninas ($M = 51,22$; $DP = 15,89$; $p = 0,486$). Contudo, diferenças relevantes emergiram na autoestima e nos sintomas emocionais. Os meninos apresentaram níveis mais elevados de autoestima ($M = 16,91$; $DP = 7,49$) em comparação às meninas ($M = 13,80$; $DP = 6,53$; $p = 0,032$). Em contrapartida, o grupo feminino apresentou pontuações mais altas em sintomas emocionais (SDQ-Em) ($M = 5,70$; $DP = 2,98$) do que o grupo masculino ($M = 4,28$; $DP = 2,66$; $p = 0,020$). Esses resultados indicam que, embora a capacidade global de enfrentamento dos estressores (SOC) seja semelhante entre os gêneros nesta amostra, a autopercepção e a internalização de sintomas emocionais apresentam diferenças associadas ao sexo.

As análises correlacionais indicaram associações consistentes entre SOC e saúde mental. Tanto em crianças quanto em adolescentes, observaram-se correlações negativas e estatisticamente significativas entre o SOCS-13 e as pontuações totais de dificuldades do SDQ, sendo essa relação mais intensa entre os adolescentes ($r = -0,848$; $p < 0,001$) do que entre as crianças ($r = -0,625$; $p < 0,001$). Ao analisar as subescalas no grupo infantil, o SOC apresentou correlações negativas com sintomas emocionais ($r = -0,686$; $p < 0,001$), hiperatividade ($r = -0,362$; $p = 0,02$) e problemas de relacionamento com pares ($r = -0,439$; $p < 0,001$). Entre os adolescentes, todas as subescalas do SDQ se correlacionaram negativamente com o SOCS-13, com destaque para os sintomas emocionais ($r = -0,706$; $p < 0,001$) e a hiperatividade/desatenção ($r = -0,683$; $p < 0,001$). Esses achados indicam que o aumento de problemas emocionais e comportamentais está associado a uma redução da capacidade do jovem de perceber o mundo como compreensível e manejável.

A regressão múltipla stepwise foi conduzida para identificar os principais preditores do SOC. No grupo infantil, o modelo final incluiu apenas os sintomas emocionais, que explicaram 47% da variância do SOC ($R^2 = 0,47$; $\beta = -0,69$; $F(1,39) = 34,52$; $p < 0,001$). Esse resultado sugere que, nessa fase do desenvolvimento, o SOC mostra-se particularmente sensível ao sofrimento emocional. Entre os adolescentes, o modelo apresentou maior complexidade, explicando 72,5% da variância total do SOC ($R^2 = 0,73$). A autoestima emergiu como o principal preditor inicial, explicando 47% da variância ($\beta = 0,28$; $F(1,53) = 46,53$; $p < 0,001$). A inclusão da hiperatividade/desatenção elevou a variância explicada para 60% ($\beta = -0,41$; $F(1,52) = 39,31$; $p < 0,001$), e, por fim, os sintomas emocionais completaram o modelo, totalizando 72,5% da variância explicada ($\beta = -0,42$; $F(1,51) = 44,86$; $p < 0,001$). Diferentemente do grupo infantil,

os resultados indicam que, na adolescência, o SOC está associado a uma combinação de autoestima, autorregulação comportamental e estabilidade emocional, conforme apresentado na Tabela 4.

	Preditores	r ² (após cada passo)	Beta (β)	gl	F
Crianças					
	Problemas emocionais (SDQ)	0,47	-0,69	1,39	34,52***
Adolescentes					
	Autoestima (RSE)	0,47	0,28	1,53	46,53***
	Hiperatividade/Desatenção (SDQ)	0,60	-0,41	1,52	39,31***
	Problemas emocionais (SDQ)	0,73	-0,42	1,51	44,86***

5.DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo teve como objetivo investigar e comparar o senso de coerência em crianças e adolescentes, considerando diferenças de sexo e idade, bem como os fatores que o predizem. Sabe-se que tanto a autoestima quanto os sintomas psicológicos influenciam o SOC, a adaptabilidade e o enfrentamento ao estresse da vida. Embora existam numerosos estudos sobre o SOC em populações sem queixas clínicas, sobretudo com adolescentes, há menos dados sobre crianças com sintomas psicológicos. Esta pesquisa busca preencher essa lacuna ao investigar crianças e adolescentes em acompanhamento psicológico e psiquiátrico.

Um baixo SOC mostrou forte relação com problemas psicológicos, sendo a correlação negativa mais expressiva com sintomas emocionais em ambas as faixas etárias, conforme também observado por Moksnes et al. (2010) em amostras escolares. Estados emocionais problemáticos dificultam o ajuste aos estressores da puberdade, como eventos negativos, problemas com pares e relacionamentos familiares e românticos (Hampel & Peterman, 2006), bem como as demandas do contexto escolar (Moksnes et al., 2010), o que pode favorecer sentimentos de inadequação (Hampel & Peterman, 2006). Complementarmente, os problemas emocionais foram os únicos fatores que predisseram o SOC em crianças, sugerindo que o efeito negativo desses sintomas se desenvolve precocemente. Para esses indivíduos, a vida pode ser vivenciada como sem sentido, caótica e incontrolável, com dificuldades para identificar recursos úteis e equilibrar os estressores de forma adequada (Volanen et al., 2007).

Blom et al. (2010) sugeriram que o SOC seria apenas uma medida inversa de depressão e ansiedade. No entanto, os achados do presente estudo contrariam essa perspectiva, uma vez que sintomas de hiperatividade, desatenção e problemas de conduta também se associaram a um SOC mais baixo. Edbom et al. (2010) observaram correlações semelhantes em amostras comunitárias de adolescentes de 16 anos, embora com magnitudes inferiores às encontradas neste estudo, o que pode ser explicado pela natureza clínica da nossa amostra. A hiperatividade e a desatenção predisseram o SOC durante a adolescência, mas não na infância. Quando presentes em idades precoces, esses sintomas tendem a gerar dificuldades sobretudo para as pessoas ao redor da criança, como pais e professores. Se não tratados, esses sintomas podem produzir efeitos a longo prazo, aumentando a probabilidade de problemas psiquiátricos (Sourander & Helstela, 2005) e de baixa autoestima na adolescência, ambos associados a um SOC mais reduzido. Ao mesmo tempo, um SOC elevado pode atuar como fator de proteção para o surgimento do TDAH no início da vida adulta (Edbom et al., 2010).

Os resultados indicaram que as crianças apresentaram um SOC mais elevado do que os adolescentes. Essa diferença sugere que a transição para a adolescência introduz novos desafios desenvolvimentais que podem fragilizar a percepção de controle e previsibilidade do jovem sobre sua própria vida. Nesse sentido, a redução do SOC parece refletir um processo multifatorial, no qual se articulam mudanças cognitivas, emocionais e sociais características dessa etapa do desenvolvimento.

A literatura tem se dedicado amplamente à investigação do SOC na adolescência (Moksnes et al., 2012; Blom et al., 2010; Edbom et al., 2010), enquanto os estudos focados na infância ainda são mais escassos (Al-Yagon & Margalit, 2006; Honkinen et al., 2009). De modo geral, as pesquisas sobre o SOC utilizam amostras diversas, incluindo alunos com dificuldades de aprendizagem (Lackaye & Margalit, 2006), indivíduos com doenças crônicas (Apers et al., 2013), associando o construto a múltiplos desfechos, como consciência emocional (Jellesma et al., 2006) e desempenho acadêmico (Oliva et al., 2019). Do ponto de vista educacional, reconhecer que a diminuição do SOC na adolescência não constitui um fenômeno isolado, mas um processo complexo, pode subsidiar práticas pedagógicas mais sensíveis às necessidades emocionais dos estudantes, favorecendo intervenções voltadas ao fortalecimento da autoestima e ao manejo de sintomas emocionais no contexto escolar.

A diferença observada entre os grupos etários pode ser compreendida, em parte, pelas transformações nos componentes da autodefinição, como interesses, atividades e relacionamentos, que sustentam a autoestima na infância, mas tendem a se reorganizar na adolescência (Pickhardt, 2013). Ao longo do desenvolvimento, as crianças aprendem a vivenciar, comunicar emoções e lidar com diferentes sentimentos, o que contribui para a construção gradual do SOC. Nesse contexto, o SOC constitui um indicador relativamente estável de ajuste emocional durante a infância; contudo, a transição para a adolescência introduz novas oportunidades, acompanhadas de desafios e exigências adicionais (Idan et al., 2017).

O SOC mais baixo observado em adolescentes pode, assim, estar relacionado aos ajustes biológicos, emocionais e sociais característicos dessa fase do desenvolvimento (Buddeberg-Fischer et al., 2001). Evidências sugerem que essa diferença no SOC entre crianças e adolescentes se manifesta independentemente da presença de distúrbios psicológicos. Ainda assim, no presente estudo, foi identificada uma forte associação entre problemas emocionais e o SOC. Considerando que sintomas depressivos e ansiosos foram mais frequentes no grupo de adolescentes, esse fator pode contribuir adicionalmente para a diferença observada entre as faixas etárias, embora os sintomas emocionais tenham exercido impacto semelhante sobre o SOC também na infância.

Não foi encontrada diferença entre os sexos no SOC entre meninas e meninos na amostra clínica. Uma revisão realizada por Rivera et al. (2012) sintetizou o impacto do sexo e da idade no SOC e indicou que, na maioria dos estudos, não há diferenças entre os sexos em crianças menores de 15 anos, enquanto níveis mais elevados de SOC tendem a ser observados entre meninos em amostras de adolescentes acima dessa idade.

No presente estudo, a proporção entre os sexos foi equilibrada no grupo infantil, mas observou-se maior presença de indivíduos do sexo feminino entre os adolescentes, o que reflete a maior prevalência de sintomas psicológicos nessa faixa etária. Embora Moksnes, Espnes e Lillefjell (2012) tenham encontrado níveis mais elevados de autoestima entre meninos, sabe-se que os sintomas emocionais exercem influência direta sobre o SOC. Assim, as características clínicas da amostra investigada podem ajudar a explicar a ausência de diferenças significativas entre os sexos no SOC. Indivíduos com um forte SOC tendem a apresentar maior motivação para enfrentar o estresse e a tensão. Nesse sentido, identificar os preditores do SOC é fundamental para o desenvolvimento de intervenções voltadas a crianças

e adolescentes em risco de problemas psicológicos, tanto no presente quanto ao longo da vida (Honkinen et al., 2009).

A construção de um SOC sólido depende da disponibilidade de Recursos Generalizados de Resistência (RGRs), como suporte social adequado, autoestima, educação e condições de vida favoráveis na infância (Volanen et al., 2007), os quais favorecem o enfrentamento bem-sucedido das demandas da vida (Antonovsky, 1979, 1987). Assim, a oferta precoce de cuidados voltados aos sintomas emocionais e de hiperatividade/desatenção, aliada ao fortalecimento da autoestima, pode contribuir para o aumento da resiliência psicológica por meio de um SOC mais robusto.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As dificuldades emocionais mostraram-se os preditores mais precoces e consistentes do senso de coerência entre os problemas psicológicos, enquanto a desatenção/hiperatividade e a baixa autoestima exerceram seu efeito negativo de forma mais expressiva durante a adolescência. Assim, a identificação precoce de fatores psicopatológicos, aliada ao fortalecimento de um senso de coerência sólido, revela-se crucial para a proteção da saúde psicológica ao longo do desenvolvimento.

A literatura aponta que um maior senso de coerência está associado a estratégias de enfrentamento mais eficazes e a níveis mais elevados de resiliência (Blom et al., 2010). Fatores como autoestima elevada, enfrentamento bem-sucedido e um contexto familiar equilibrado contribuem tanto para o suporte da saúde psicológica quanto para o fortalecimento do senso de coerência (Cederblad et al., 2003).

REFERÊNCIAS

- AL-YAGON, M.; MARGALIT, M. Loneliness, sense of coherence and perception of teachers as a secure base among children with reading difficulties. **European Journal of Special Needs Education**, v. 21, n. 1, p. 21-37, 2006.
- ANTONOVSKY, A. **Health, stress and coping**. San Francisco: Jossey-Bass, 1979.
- ANTONOVSKY, A. **Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well**. San Francisco: Jossey-Bass, 1987.
- APERS, S. et al. Sense of coherence and perceived physical health explain the better quality of life in adolescents with congenital heart disease. **European Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 12, n. 5, p. 475-483, 2013.
- BIRKELAND, M. S.; MELKEVIK, O.; HOLSEN, I.; WOLD, B. Trajectories of global self-esteem development during adolescence. **Journal of Adolescence**, v. 35, p. 43-54, 2012.

- BLOM, E. C. H. et al. Low sense of coherence (SOC) is a mirror of general anxiety and persistent depressive symptoms in adolescent girls – a cross sectional study of a clinical and non-clinical cohort. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 8, p. 1-13, 2010.
- BRAWN-LEWENSOHN, O.; IDAN, O.; LINDSTRÖM, B.; MARGALIT, M. Salutogenesis: Sense of coherence in adolescence. In: MITTELMARK, M. B. et al. (eds.). **The Handbook of Salutogenesis** [Internet]. [S. l.]: Springer, 2017. p. 123-136.
- BUDDEBERG-FISHER, B.; KLAGHOFER, R.; SCHNYDER, U. Sense of Coherence in adolescence. **Soz Präventivmed**, v. 46, n. 6, p. 404-410, 2001.
- CEDERBLAD, M.; PRUKSACHATKUNAKORN, P.; BORIPUNKUL, T.; INTRAPRASERT, S.; HÖÖK, B. **Sense of coherence in a Thai sample**. *Transcultural Psychiatry*, v. 40, n. 4, p. 585–600, 2003
- EDBOM, T. et al. High sense of coherence in adolescence is a protective factor in the longitudinal development of ADHD symptoms. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 24, p. 541-547, 2010.
- EVANS, W. P.; MARSH, S. C.; WEIGEL, D. J. **Promoting adolescent sense of coherence: testing models of risk, protection, and resiliency**. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, v. 20, p. 30–43, 2010.
- GOODMAN, R. Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire. **Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry**, v. 40, p. 1337–1345, 2001.
- GRAYSON, J. P. Sense of Coherence and Academic Achievement of Domestic and International Students: A Comparative Analysis. **High Education Journal**, v. 56, p. 473-492, 2007.
- HAMPEL, P.; PETERMAN, F. Perceived stress, coping, and adjustment in adolescents. **Journal of Adolescent Health**, v. 38, p. 409–415, 2006.
- HONKINEN, P. L. et al. Stability of the sense of coherence in adolescence. **International Journal of Adolescent Medicine and Health**, v. 20, n. 1, p. 85-91, 2008.
- HONKINEN, P. L. et al. Early childhood psychological problems predict a poor sense of coherence in adolescence: a 15-year follow-up study. **Journal of Health Psychology**, v. 14, n. 4, p. 587-600, 2009.
- IDAN, O. et al. Salutogenesis: Sense of Coherence in Childhood and in Families. In: MITTELMARK, M. B. et al. (eds.). **The Handbook of Salutogenesis**. [S. l.]: Springer, 2017. p. 123-136.
- JELLESMA, F. C. et al. Somatic Complaints and health care use in children: mood, emotion awareness and sense of coherence. **Social Science and Medicine**, v. 63, p. 2640-2648, 2006.
- JOHNSON, M. Approaching the salutogenesis of sense of coherence: The role of ‘active’ self-esteem and coping. **British Journal of Health Psychology**, v. 9, p. 419–432, 2004.
- JOHNSON, M. The importance of self-attitudes for type A-B, internality-externality and health status. **Personality and Individual Differences**, v. 33, p. 777–789, 2002.
- KRISTENSSON, P.; OHLUND, L. S. Swedish upper secondary school pupils’ sense of coherence, coping resources and aggressiveness in relation to educational track and performance. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 19, p. 77-84, 2005.
- LACKAYE, T. D.; MARGALIT, M. Comparisons of achievement, effort and self-perceptions among students with disabilities and their peers from different achievement groups. **Journal of Learning Disabilities**, v. 39, n. 5, p. 432-46, 2006.
- LINDSTRÖM, B.; ERIKSSON, M. **From health education to healthy learning: implementing salutogenesis in educational sciences**. *Scandinavian Journal of Public Health*, v. 39, n. 6, p. 85–89, 2011.

- LUNDMAN, B.; ALEX, L.; JONSEN, E.; NORBERG, A. et al. **Inner strength: a theoretical analysis of salutogenic concepts.** *International Journal of Nursing Studies*, v. 47, n. 2, p. 251–260, 2010.
- MARGALIT, M.; EYSENCK, S. Prediction of coherence in adolescence: gender differences in social skills, personality and family climate. **Journal of Research in Personality**, v. 24, p. 510–21, 1990.
- MOKSNES, U. K. et al. The Association Between Stress and Emotional States in Adolescents: The Role of Gender and Self-Esteem. **Personality and Individual Differences**, v. 49, n. 5, p. 430–435, 2010.
- MOKSNES, U. K.; EILERTSEN, M. E. B.; LAZAREWICZ, M. **The association between stress, self-esteem and depressive symptoms in adolescents.** *Scandinavian Journal of Psychology*, v. 57, p. 22–29, 2016.
- ORTH, U.; ROBINS, R. W. **The development of self-esteem.** *Current Directions in Psychological Science*, v. 23, p. 381–387, 2014.
- PICKHARDT, C. **Surviving your child's adolescence: how to understand, and even enjoy the rocky road to independence.** San Francisco: Jossey-Bass, 2013.
- RIVERA, F.; GARCÍA-MOYA, I.; MORENO, C. **Developmental contexts and sense of coherence in adolescence: a systematic review.** *Journal of Health Psychology*, v. 18, n. 6, p. 800–812, 2012.
- ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image.** Princeton: Princeton University Press, 1989.
- PRADO, J. de C.; PENACHIOTTI, F. D. F.; GROSSI-MILANI, R. **Contribuições da psicanálise winnicottiana e da salutogênese para a promoção da saúde mental na adolescência.** *Caderno Pedagógico*, v. 21, n. 3, e3413, 2024.
- SILVA, M. M. A. S.; LIMA, P. V. P. S. **Indicadores educacionais e de renda e sua relação com pobreza e indigência no semiárido brasileiro.** *Revista Econômica do Nordeste*, v. 46, n. 2, p. 117–132, 2015.
- SILVA, M. M. A. S.; LIMA, P. V. P. S.; KHAN, A. S.; ROCHA, L. A. **Educação no semiárido brasileiro: contextualizando a educação ambiental como estratégia de desenvolvimento sustentável.** *Revista Brasileira de Educação Ambiental*, v. 11, n. 4, p. 289–305, 2016.
- SOURANDER, A.; HELSTELA, L. **Childhood predictors of externalizing and internalizing problems in adolescence.** *European Child and Adolescent Psychiatry*, v. 14, p. 415–423, 2005.
- VOLANEN, S. M.; SUOMINEN, S.; LAHELMA, E.; KOSKENVUO, M.; SILVENTOINEN, K. **Negative life events and stability of sense of coherence: a five-year follow-up study of Finnish women and men.** *Scandinavian Journal of Psychology*, v. 48, p. 433–441, 2007.

