

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

**O PERFIL DE SAÚDE DE ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIOS: UM ESTUDO SOB O ENFOQUE
DA PSICOLOGIA DA SAÚDE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

RACHEL RUBIN DA SILVA

Santa Maria, 2010.

**O PERFIL DE SAÚDE DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS:
UM ESTUDO SOB O ENFOQUE DA PSICOLOGIA DA
SAÚDE**

por

Rachel Rubin da Silva

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Área de Concentração em Psicologia da Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientador: Profa. Dra. Hericka Zogbi Jorge Dias

Santa Maria, RS, Brasil

2010

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências Sociais e Humanas
Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de
Mestrado

**O PERFIL DE SAÚDE DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS: UM
ESTUDO SOB O ENFOQUE DA PSICOLOGIA DA SAÚDE**

elaborada por
Rachel Rubin da Silva

Como requisito parcial para a obtenção do grau de
Mestre em Psicologia

COMISSÃO EXAMINADORA

Hericka Zogbi Jorge Dias, Dra.
(Presidente/Orientador)

Maria Clara Soares Salengue, Dra. (UCPEL)

Ana Cristina Garcia Dias, Dra. (UFSM)

Santa Maria, 23 de janeiro de 2011.

AGRADECIMENTOS

Ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria pelo espaço e incentivo para realização desta pesquisa.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – CAPES, pelo incentivo, não somente financeiro, à pesquisa.

À minha orientadora, Profa. Dra. Hericka Zogbi Jorge Dias, por acreditar no meu trabalho e me incentivar a crescer. À minha amiga e comadre Hericka, pela amizade que me fortalece. E por me lembrar que não se está sozinho.

Ao meu orientador e co-orientador, Prof. Dr. Héctor Omar Ardans-Bonifacino por todo o apoio desde o início do mestrado, pelo carinho e afeto tão necessários quando há poucos conhecidos.

Ao meu marido, Dartagnan Paulsen, pela vida compartilhada, pelo apoio inigualável e pelas alegrias conquistadas. Por me lembrar quem sou e por ser como és. Pela mudança de cidade e, claro, pelo tempo gasto como “bolsista”.

Ao Grupo de Pesquisa Psicologia das Relações e Saúde, no qual encontrei um espaço de cooperação e afeto para dar continuidade ao que foi iniciado.

Ao Grupo de Pesquisa Laboratório de Psicologia Socioambiental – LAPSI/UFSM pelas trocas e incentivo durante estes dois anos.

À Nicole Nothen, auxiliar de pesquisa, pelo interesse demonstrado, por todas as ideias compartilhadas e apoio nos momentos difíceis.

Às colegas Marisângela Lena e Letícia Saldanha, pelo incentivo, pelo carinho, pelo apoio e por poder compartilhar com vocês as dificuldades e alegrias dessa fase.

Às minhas amigas Fabiana e Gabriela, que mesmo a distância, não me deixaram esquecer as minhas origens e o quão valiosas são as amizades.

À “tropa”, Renata, Charline, Rafaela e Alessandro, por todo o afeto de sempre. Ter encontrado vocês ajuda a dar mais sentido a algumas coisas da vida.

Aos meus pais pelo apoio e pela confiança que sempre depositaram em mim.

Aos Diretores das unidades universitárias e coordenadores dos cursos que permitiram e apoiaram a realização deste trabalho. E aos professores que disponibilizaram seu tempo para colaborar com este estudo.

Aos participantes da pesquisa, sem os quais este trabalho não teria propósito.

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Universidade Federal de Santa Maria

O PERFIL DE SAÚDE DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS: UM ESTUDO SOB O ENFOQUE DA PSICOLOGIA DA SAÚDE

AUTORA: RACHEL RUBIN DA SILVA

ORIENTADOR: DRA. HERICKA ZOGBI JORGE DIAS

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 25 de janeiro de 2011.

Os estudantes universitários podem ser caracterizados como um grupo merecedor de especial atenção, dado seu momento evolutivo, geralmente de transição da adolescência para a vida adulta e vivenciando uma etapa de adaptação a novas exigências e desafios do contexto do ensino superior (POLYDORO, 2000). A presente pesquisa teve como objetivo investigar qualidade de vida, bem-estar psicológico e características relacionais de estudantes universitários. A amostra foi composta por 367 estudantes universitários. Foi realizado um estudo transversal, descritivo de caráter correlacional e de abordagem quantitativa e qualitativa. Os instrumentos utilizados foram uma ficha de dados sociodemográficos, o Questionário de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-bref), o Questionário de Saúde Geral (QSG-12), e o Inventário de Relações Objetivas (BORRTI-O). Os resultados foram obtidos por meio de análise estatística descritiva e inferencial através do pacote estatístico SPSS 13.0. A amostra foi composta por 217 mulheres (59,1%) e 150 homens (40,9%), com média de idade de 22,8 anos. Entre os principais resultados, sublinhamos o alto índice de sofrimento psíquico apresentado pela amostra em que 48,8% dos participantes apresenta sofrimento psíquico merecedor de atenção; índices de qualidade de vida medianos, com especial prejuízo no domínio meio ambiente e uma média de 15,9% de patologia nas relações. Os instrumentos apresentaram correlações significativas entre os índices de sofrimento psíquico, qualidade de vida e características relacionais, frisando a importância de conhecermos tais dados a fim de um entendimento global do estudante universitário. Além disso, destacamos a relevância de programas destinados a dar atenção à saúde dos estudantes para fins de prevenção e promoção de saúde no contexto universitário.

Palavras - chave: psicologia da saúde; estudantes universitários; qualidade de vida; bem-estar psicológico; características relacionais.

ABSTRACT

Dissertation
Programa de Pós-Graduação em Psicologia
Universidade Federal de Santa Maria

HEALTH PROFILE OF COLLEGE STUDENTS: A STUDY UNDER THE PERSPECTIVE OF HEALTH PSYCHOLOGY

AUTHOR: RACHEL RUBIN DA SILVA

SUPERVISOR: DRA. HERICKA ZOGBI JORGE DIAS

Date and Location of Defense: Santa Maria, 25 de janeiro de 2011.

College students can be characterized as a group deserving special attention, given its evolutionary moment, usually the transition from adolescence to adulthood and experiencing a phase of adaptation to new demands and challenges of higher education context (POLYDORO, 2000). This study aims to investigate quality of life, psychological well-being and relational characteristics of college students. The sample consisted of 367 college students. We conducted a study that was cross-sectional, descriptive, of correlational character, quantitative and qualitative in approach. The instruments were a demographic data sheet, the OMS World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref), the General Health Questionnaire (GHQ-12), and the Bell Object Relations and Reality Testing Inventory (BORRTI-O). Results were obtained through descriptive and inferential statistical analysis using the statistical package SPSS 13.0. The sample comprised 217 women (59.1%) and 150 men (40.9%) with mean age of 22.8 years. Among the main results, we underline the high rate of psychological distress presented by sample where 48.8% of participants presents: psychic suffering worthy of attention; average indices of quality of life, with a particular harm in the field of environment and an average of 15.9% in relational pathology. The instruments showed significant correlations between rates of psychological distress, quality of life and relational features, emphasizing the importance of knowing such information to a global understanding of the college student. Furthermore, we emphasize the importance of programs designed to provide health care to students for purposes of prevention and health promotion in the university context.

Keywords: health psychology; college students; quality of life; psychological well-being; relational features.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Distribuição de alunos do cálculo amostral por unidades universitárias na UFSM – campus Santa Maria.....	39
TABELA 2 – Distribuição de freqüência das características sóciodemográficas dos sujeitos (N=367).....	45
TABELA 3 – Distribuição percentuais por unidade universitária sobre a satisfação com o curso escolhido.....	48
TABELA 4 – Freqüências e percentuais de sofrimento psíquico em relação a unidade universitária.....	48
TABELA 5 – Médias (μ) e desvio-padrão (dp) dos Domínios da Qualidade de Vida nos universitários (N=367).....	50
TABELA 6 – Resultados gerais do QSG na amostra total.....	51
TABELA 7 – Resultados gerais do BORRTI-O.....	53
TABELA 8 – Correlação de Pearson entre sofrimento psíquico e qualidade de vida.....	56
TABELA 9 – Correlação de Pearson entre sofrimento psíquico e características relacionais.....	57
TABELA 10 – Associação entre sofrimento psíquico e características relacionais.....	58
TABELA 11 – Correlação de Pearson entre qualidade de vida e características relacionais.....	59

LISTA DE REDUÇÕES

WHO – World Health Organization

OMS – Organização Mundial da Saúde

QSG – Questionário de Saúde Geral

GHQ – General Health Questionnaire

BORRTI-O – Bell Object Relations and Reality Testing Inventory

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	80
APÊNDICE B– Ficha de Dados Sociodemográficos.....	81

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-bref).....	83
ANEXO B – Questionário de Saúde Geral (QSG-12).....	88
ANEXO C – BORRTI-O	89
ANEXO D – Escores de pontuação do BORRTI-O.....	92
ANEXO E – Aprovação do Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria.....	93

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO I - O OLHAR DA PSICOLOGIA PARA A SAÚDE E BEM-ESTAR DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS.....	14
1.1 A Psicologia da saúde e o conceito de saúde.....	14
1.2 Saúde e qualidade de vida.....	18
1.3 Saúde e bem-estar psicológico.....	22
2 CAPÍTULO II - O ESTUDANTE UNIVERSITÁRIO E SUA SAÚDE.....	24
2.1 Aspectos do contexto universitário e da etapa do desenvolvimento.....	24
2.2 Estudos atuais sobre saúde e estudantes universitários.....	27
3 CAPÍTULO III – AVALIAÇÃO DO PERFIL DE SAÚDE DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS	34
3.1 Objetivos.....	37
3.1.1 Objetivo geral	37
3.1.2 Objetivos específicos.....	38
3.2 Método.....	38
3.2.1 Delineamento.....	38
3.2.2 Participantes.....	38
3.2.3 Instrumentos.....	40
3.2.4 Procedimento para a coleta dos dados.....	42
3.2.5 Procedimento para a análise dos dados.....	43
3.2.6 Procedimentos éticos.....	43
3.3 Apresentação e discussão dos resultados.....	44
3.3.1 Características gerais da amostra.....	44
3.4 Descrição geral dos instrumentos na amostra.....	49

3.5 Estudos inferenciais e de correlação.....	55
CONCLUSÃO.....	60
REFERÊNCIAS.....	62
APÊNDICES.....	79
APÊNDICE A – Ficha de dados sócio-demográficos.....	80
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	81
ANEXOS.....	82
ANEXO A – WHOQOL-bref.....	83
ANEXO B – QSG-12.....	88
ANEXO C – BORRTI-O.....	89
ANEXO D – Correção BORRTI-O.....	92
ANEXO E – Aprovação Comitê de Ética.....	93

INTRODUÇÃO

O período vivenciado pelo estudante universitário durante o seu curso de graduação configura-se em um momento de muitos desafios, mudanças e dificuldades a serem superadas. Trata-se de um momento bastante peculiar na vida do indivíduo, pois é geralmente sincronizado com as mudanças e adaptações próprias da transição da adolescência para a vida adulta (POLYDORO, 2000).

Nesse sentido, o contexto do ensino superior proporciona ao estudante uma série de desafios, tanto pessoais quanto profissionais, que exige capacidades e habilidades talvez não utilizadas anteriormente.

Alguns estudos envolvendo os estudantes universitários e as questões referentes a esta etapa (ALEMIDA E SOARES, 2003) chamam a atenção para a vulnerabilidade experimentada neste período que pode afetar a saúde dos jovens e comprometer o seu desenvolvimento pessoal e profissional.

Segundo Almeida e Soares (2003) há uma estimativa de que mais da metade dos alunos que ingressam no ensino universitário passa por dificuldades neste período e há um aumento dos níveis de psicopatologia nesta população.

A presente dissertação de mestrado faz uso da perspectiva teórica da Psicologia da Saúde para o estudo da saúde de estudantes universitários, já que a mesma se estrutura como um sub-campo da psicologia que aplica princípios e pesquisas psicológicas para melhoria, tratamento e prevenção de doenças. Além da aplicação de diversas técnicas das diversas áreas deste campo do conhecimento aos cuidados de saúde (OGDEN, 2000).

De acordo com Ogden (2000) a pertinência da Psicologia da Saúde está na sua compreensão de que os seres humanos são sistemas complexos e para a compreensão do processo de adoecimento é necessário considerar uma multiplicidade de fatores, através de uma abordagem biopsicossocial de saúde.

Além disso, a psicologia da saúde objetiva compreender os fatores biológicos, comportamentais e sociais que têm influencia sobre a condição de saúde e de doença (CALVETTI, SILVA & GAUER, 2008). E visa promover a saúde, quer no plano pessoal, quer ao nível de grupos ou comunidades (JESUS, 2006).

Nesse sentido, o estudo da saúde de estudantes universitários requer uma investigação que considere o contexto do ensino superior e as questões pertinentes ao mesmo. Assim, o presente trabalho teve como objetivos investigar a qualidade de vida, o bem-estar psicológico e as características relacionais de estudantes universitários.

Na sequência deste trabalho são apresentados alguns conceitos-chave que permeiam a perspectiva teórica utilizada na presente pesquisa. No Capítulo I são discutidos e apresentados os conceitos de Psicologia da Saúde, as principais definições de saúde, qualidade de vida e bem-estar psicológico. O Capítulo II propõe uma discussão sobre os aspectos ligados ao contexto universitário e a etapa do desenvolvimento vivenciado pelos estudantes, além de trazer uma revisão dos estudos atuais desenvolvidos sobre a saúde dos estudantes universitários, que versam sobre o tema da qualidade de vida, da saúde mental/bem-estar psicológico. Além de alguns estudos sobre a transição e adaptação ao contexto do ensino superior.

No Capítulo III é apresentada a pesquisa empírica proposta por essa dissertação, bem como a apresentação e discussão dos resultados encontrados. Por fim, na conclusão são destacados os principais achados da pesquisa, suas limitações e as considerações finais.

1 CAPÍTULO I – O OLHAR DA PSICOLOGIA PARA A SAÚDE E BEM-ESTAR DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

1.1 A psicologia da saúde e o conceito de saúde

O surgimento formal da Psicologia da Saúde se deu nos Estados Unidos da América na primeira metade da década de setenta do século passado, e com o passar dos anos foram propostas inúmeras definições sobre este campo de atuação (STONE, 1991).

Historicamente, a Psicologia da Saúde vêm se desenvolvendo a partir de 1970, nos EUA, através da APA que criou em 1979 a primeira associação de grupo de trabalho na área da saúde, a Health Psychology. Desde 1982, a APA publica a primeira revista da área, a Health Psychology. Na Europa, foi criada a European Health Psychology em 1986, e a partir de então diversos países criaram outros periódicos na área: o British Journal of Health Psychology, no Reino Unido em 1996; a revista Psicologia de La Salud na Espanha, criada em 1989; a revista Psicologia Saúde & Doenças de Portugal, criada pela atuante Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde em 2000.

Dentre as definições propostas, podem-se destacar algumas, como a proposta por Stone (1979) que define a Psicologia da Saúde como uma especialidade da psicologia que compreende a aplicação de conceitos e métodos psicológicos em qualquer problema surgido no sistema de saúde.

Outra definição bastante importante traz que a Psicologia da Saúde pode ser compreendida como um conjunto de contribuições educacionais, científicas e profissionais específicas da Psicologia para a promoção e manutenção da saúde, prevenção e tratamento de doenças, que atua na identificação da etiologia e diagnósticos relacionados à saúde, à doença e às disfunções, assim como no aperfeiçoamento do sistema de políticas de saúde (MATARAZZO, 1980).

Seguindo cronologicamente, Holtzman et al (1988) dizem que a Psicologia da Saúde é um campo do conhecimento que se interessa pela relação biopsicossocial entre mente e corpo em um meio sociocultural determinado, assim como no

desenvolvimento de novas tecnologias do comportamento para a promoção e manutenção da saúde. Na mesma época, Bloom (1988), elaborou a sua definição como tendo a ver com o estudo científico da conduta, das ideias, atitudes e crenças relacionadas com a saúde e com a doença.

Assim, muitos autores colaboraram para a construção de um conceito a respeito da Psicologia da Saúde e conseqüentemente para o entendimento do processo de saúde. Remor (1999) e Brannon e Feist (2001) destacam que a mesma constitui um campo de natureza interdisciplinar que realiza estudos relacionados à promoção, prevenção e tratamento da saúde do indivíduo e da população para a melhoria da qualidade de vida.

Ogden (2000) considera a Psicologia da Saúde como a aplicação de conhecimentos e técnicas das diversas áreas da Psicologia aos cuidados de saúde, dando relevância à promoção e manutenção da mesma. Nesse mesmo sentido, Straub (2005) define a Psicologia da Saúde como um sub-campo da Psicologia que aplica princípios e pesquisas psicológicas para a melhoria, tratamento e prevenção de doenças.

Pode-se observar que algo comum entre as diversas definições apresentadas até o momento é a preocupação com a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

Alguns autores, como Keefe e Blumenthal (2004) destacam que o futuro da Psicologia da Saúde está em propor a ampliação do modelo biopsicossocial, tendo em vista que fatores psicossociais têm se mostrado presentes em pesquisas relacionadas às intervenções em relação ao processo saúde-doença.

Esse modelo biopsicossocial, de acordo com Straub (2005) explica que os comportamentos se caracterizam por processos biológicos, psicológicos e sociais, enfatizando a influência desses aspectos no desenvolvimento humano.

Nesse sentido, a Divisão de Psicologia da Saúde da American Psychological Association (APA) estabeleceu alguns objetivos para a Psicologia da Saúde, tais como: compreender e avaliar a interação existente entre o estado de bem-estar físico e os diferentes fatores biológicos, psicológicos e sociais; buscar entender como as teorias e métodos de pesquisa psicológica podem ser aplicados para potencializar a promoção da saúde e o tratamento de doenças (REMOR, 1999).

Os estudos neste campo do conhecimento vêm crescendo rapidamente em nível nacional e internacional, como pode ser comprovado a partir de uma pesquisa

realizada na base PsycINFO, principal base bibliográfica sobre psicologia no mundo gerenciada pela American Psychological Association (APA), a partir do número de trabalhos indexados sobre o tema (WITTER, 2008). A pesquisa de Witter (2008) conclui que a produção internacional sobre o tema é mais rica e tem como enfoque tanto a saúde quanto a doença, sendo que no Brasil ainda se mostra tímida e tende a olhar mais para a doença.

Com relação aos modelos teóricos da Psicologia da Saúde, segundo Crossley (2000), atualmente, há duas perspectivas diferentes: a perspectiva tradicional, ou seja, que abrange um modelo biopsicossocial, que investiga os comportamentos saudáveis e os de risco, a partir de uma metodologia quantitativa e com foco nos seus determinantes psicológicos; e a perspectiva crítica que abrange um modelo fenomenológico-discursivo e investiga as significações relacionadas com a saúde e as doenças, a partir da metodologia qualitativa de análise de discurso, com foco nas experiências em saúde e doença.

É importante ressaltar que estas perspectivas teóricas não são excludentes, podendo ser complementares no sentido que ambas se propõem a conhecer os aspectos do indivíduo e do seu contexto social que resultam em condição de saúde e/ou doença.

Alguns autores propõem que a Psicologia da Saúde surge da necessidade de promover e pensar o processo saúde/doença como um fenômeno social, também no sentido de promover a saúde, quer no plano pessoal, quer ao nível de grupos ou comunidades (GIOIA-MARTINS, ROCHA JÚNIOR, 2001). Segundo Teixeira (2004), a principal finalidade deste campo do conhecimento é compreender como é possível, através de intervenções psicológicas, contribuir para o bem-estar dos indivíduos e das comunidades.

De acordo com Ogden (2000) a pertinência da Psicologia da Saúde está na sua compreensão de que os seres humanos devem ser vistos como sistemas complexos e para a compreensão do processo de adoecimento é necessário considerar uma multiplicidade de fatores, propondo uma abordagem biopsicossocial de saúde.

A partir das visões apresentadas acerca da psicologia da saúde torna-se igualmente importante apresentar o entendimento do conceito de saúde que é tomado como referência neste estudo, especialmente porque tal conceito também vem sofrendo uma série de modificações ao longo do tempo. Fica evidente a

necessidade de contextualizar qual o entendimento de saúde que está é tomado como referência neste estudo.

O conceito de saúde mais amplamente utilizado em pesquisas sobre a saúde de diversas populações é o proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que a define “como um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou incapacidade” (WHO, 1948). Tal conceito valoriza a saúde como recurso para a vida diária e enfatiza os aspectos sociais e pessoais, assim como as capacidades físicas (REMOR, 1999).

Este conceito proposto pela OMS foi baseado na cultura de toda a sociedade da época, considerando especialistas e leigos, cultos e incultos, analfabetos e instruídos. Segundo Ribeiro (2005) essa nova visão de saúde chama a atenção por romper com ideias tradicionais de saúde, relacionadas a doenças e taxas de mortalidade. Além disso, coloca a saúde num contexto amplo de bem estar humano em geral.

Entretanto, essa definição tem sofrido muitas críticas, pois se apresenta estéril e sem efeito, do ponto de vista prático, mostrando-se mais como um ideal do que como um instrumento de trabalho. Autores como Segre e Ferraz (1997) propõem uma noção mais realista de saúde, definindo-a como “um estado de razoável harmonia entre o sujeito e a sua própria realidade” (p.542). Porém, é inegável a contribuição destas novas definições no alargamento do conceito de saúde, na medida em que valorizam os aspectos positivos do indivíduo e não somente o aspecto biológico.

Outros autores também se dedicaram a conceituar a saúde. De acordo com Ávila (2003) a mesma é concebida como um todo global, permeada por relações que promovem o desenvolvimento, tanto do indivíduo quanto do ambiente do qual depende e participa, e sofre a influência de condições adequadas de trabalho, alimentação, moradia, transporte, educação, lazer e saneamento.

Segundo Buss (2000), a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, de habitação e saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo da vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida saudável e adequados cuidados de saúde.

O mesmo autor ressalta que muitos dos componentes da vida social que

contribuem para uma vida com qualidade são também essenciais para que indivíduos e populações possam alcançar um perfil elevado de saúde.

No Brasil, foi através da Reforma Sanitária, no final da década de 1980, que a saúde, pela primeira vez na história do país, foi vista socialmente como direito universal e dever do estado, ou seja, como dimensão social da cidadania (LUZ, 1991). A VIII Conferência Nacional de Saúde foi um grande marco nas histórias das conferências de saúde no Brasil, pois foi a primeira vez que a população participou das discussões. O espaço gerado pela Conferência problematizou o conceito de saúde como ausência de doença e questionou o foco nos aspectos biológicos, num esforço para uma conceituação mais ampla e dinâmica. Nesse sentido, a concepção de saúde discutida, e que foi incluída na Constituição Federal, traz a saúde como um direito, e também como resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986).

Nesse sentido, a questão central apresentada por estes conceitos é que a saúde é composta por inúmeros fatores que estão inter-relacionados, e que influenciam a percepção do indivíduo sobre a sua própria saúde.

Muitas pesquisas desenvolvidas sobre o tema, apesar do avanço do conceito, ainda privilegiam o saber sobre a doença, reafirmando a forte influência do modelo médico de compreensão de saúde. Segundo Grecchi (2009) isto ocorre, pois o estudo da doença mostra-se mais objetivo e eficiente, enquanto o estudo da saúde ainda é complexo, subjetivo e com difícil aplicação na prática.

1.2 Saúde e Qualidade de vida

Uma forma de estudar a saúde das populações é através do estudo da qualidade de vida das mesmas, pois segundo Ribeiro (1998), a saúde é a variável que melhor explica a qualidade de vida. Entretanto, a conceituação de qualidade de vida é ampla e diversos autores chamam a atenção para a multiplicidade de fatores que a compõe. Conforme Freire (2006), qualidade de vida (QV) é uma noção eminentemente humana e engloba vários significados que refletem conhecimentos,

experiências e valores, tanto dos indivíduos quanto das coletividades, sempre contendo o momento histórico e cultural a que as pessoas pertencem.

Segundo Kawakame e Miyadahira (2005), a expressão começou a ser utilizada nos Estados Unidos para descrever a aquisição de bens materiais, e após, o conceito foi ampliado para medir o desenvolvimento econômico de uma sociedade, e só então, mais tarde, passou a mensurar o desenvolvimento social, por meio da saúde, educação, moradia, transporte, entre outros.

Autores como Minayo, Hartz e Buss (2000) consideram que o conceito de qualidade de vida tem se aproximado ao grau de satisfação encontrado na vida familiar, amorosa, social e ambiental. Outra definição considera qualidade de vida boa ou excelente aquela que oferece um mínimo de condições para o desenvolvimento máximo das potencialidades dos indivíduos (RUFINO NETO, 1994). Já Martin e Stockler (1998) apontam que a mesma seja definida em termos da distância entre as expectativas individuais e a realidade, pensando que quanto menor a distância melhor a qualidade de vida.

Observa-se que a variedade de definições impossibilita chegar a um consenso com relação a um único conceito de qualidade de vida. Dessa forma, evidenciam-se duas tendências para a conceituação da mesma. Uma relacionada à saúde e outra relacionada à qualidade de vida mais genérica (SEIDL & ZANNON, 2004).

O primeiro caso é muito frequente na literatura e implica em estudos mais diretamente associados às enfermidades e às intervenções. Um exemplo dessa conceituação de qualidade de vida relacionada à saúde é a sugerida por Guiterras e Bayés (1993) como sendo “a valorização subjetiva que o paciente faz de diferentes aspectos de sua vida, em relação ao seu estado de saúde” (p.179).

Já no segundo caso, a qualidade de vida mostra-se mais ampla sem fazer referência a disfunções ou agravos tendo como ilustração o conceito desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que percebendo a necessidade de uma avaliação internacional em conformidade com uma abordagem holística da saúde, reuniu especialistas de diversas partes do mundo, que definiram a qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (THE WHOQOL GROUP, 1995).

Este conceito mostra-se amplo e complexo, pois inter-relaciona as dimensões de meio-ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, crenças pessoais e relações sociais, ou seja, trata-se de um constructo subjetivo e multidimensional.

A respeito do caráter subjetivo do conceito, deve-se considerar a percepção da pessoa sobre seu estado de saúde e sobre os aspectos não-médicos do seu contexto de vida, ou seja, como o indivíduo avalia a sua situação pessoal frente a cada uma das dimensões vinculadas à qualidade de vida (SEIDL & ZANNON, 2004).

Um aspecto relevante que caracteriza estudos que tomam como referência esta definição é a composição dos mesmos por amostras que incluem pessoas saudáveis da população, não se limitando a amostras de pessoas portadoras de alguma doença.

Nesse sentido, a Qualidade de Vida surge como uma nova meta a ser alcançada pelas áreas da saúde, já que o objetivo do sistema de saúde não deve ser somente a cura de doenças, mas também proporcionar a melhora da qualidade de vida das pessoas inseridas em seus distintos contextos sociais.

Entretanto, mesmo com a crescente importância da avaliação deste constructo em diferentes áreas, não havia um instrumento favorável para a sua verificação dentro de uma perspectiva transcultural. Além disso, segundo alguns autores, deve haver uma preocupação em relação ao desenvolvimento de métodos de avaliação que considerem a perspectiva da população e dos pacientes, e não somente a visão dos profissionais e teóricos (LEPLÈGE & RUDE, 1995; SLEVIN et al, 1988).

Para tanto, a Organização Mundial da Saúde, desenvolveu um estudo multicêntrico, baseado nos pressupostos de que a qualidade de vida é uma construção subjetiva (percepção do indivíduo em questão), multidimensional e composta por elementos positivos e negativos, composto por diversas etapas como a clarificação do conceito de qualidade de vida, elaboração de grupos focais formados por pacientes com agravos diversos, profissionais da saúde e população em geral, além da validação do instrumento de avaliação da qualidade de vida, o WHOQOL-100 (WHOQOL GROUP, 1995).

Este instrumento é composto por 100 questões e foi validado a partir da identificação de seis grandes dimensões ou fatores: físico, psicológico, relações sociais, meio-ambiente, nível de independência, espiritualidade/crenças pessoais.

Além desses fatores, há uma avaliação de qualidade de vida geral do indivíduo (WHOQOL GROUP, 1995).

Segundo Seidl e Zannon (2004) os pesquisadores concluíram que o instrumento tem boa capacidade psicométrica para mensurar a qualidade de vida e que sua estrutura reforça sua importância como ferramenta para estudos transculturais. Entretanto, a necessidade de instrumentos mais curtos e que conseqüentemente, demandassem menos tempo para seu preenchimento, mas que ainda contivesse características psicométricas satisfatórias levou o Grupo de Qualidade de Vida da OMS a desenvolver uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL – bref.

O WHOQOL-bref é composto por 26 questões e abrange quatro domínios: (a) físico – diz respeito à percepção do indivíduo sobre sua dor física; (b) psicológico – percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva; (c) relações sociais – percepção do sujeito sobre seus relacionamentos e papéis sociais desempenhados; (d) ambiente – percepção do indivíduo sobre diversos aspectos relacionados ao ambiente onde vive. Nesta versão abreviada, os domínios físico e psicológico incluíram, respectivamente, os domínios nível de independência e espiritualidade da versão completa.

O WHOQOL-100 e WHOQOL- bref, foram adaptados à nossa população por Fleck et al (1999, 2000), através dos seguintes passos: 1) Tradução; 2) Revisão por painel; 3) Grupos focais com a comunidade, em quatro grupos diferentes; 4) Incorporação das sugestões; 5) Retrotradução e 6) Reavaliação da retrotradução. Esta versão abreviada e sua adaptação para a realidade nacional permitiu a sua ampla utilização por pesquisadores brasileiros da área da saúde (SEIDL & ZANNON, 2004).

Conforme o exposto mostra-se clara a importância que a auto-avaliação e expressão da subjetividade, seja no nível individual ou coletivo, para gerar a modificação de um determinado contexto social ou comportamento de saúde/doença, a fim de alcançar níveis de bem-estar e qualidade de vida cada vez melhores (GRECCHI, 2009).

Para Fleck et al (2000) a qualidade de vida é constituída de três fatores: o *bem-estar subjetivo*, que se refere à percepção do indivíduo, seus valores e crenças; a *saúde*, entendida como em estado de bem-estar físico, mental e social, e não

meramente como a ausência de doença; e o *bem-estar social*, que se refere à situação da pessoa em relação ao seu ambiente e à sua relação com a sociedade.

Nesse sentido, pode-se observar que a percepção de saúde e qualidade de vida de um indivíduo passa também pela percepção de seu bem-estar psicológico e da qualidade das suas relações sociais.

1.3 Saúde e bem-estar psicológico

Um importante aspecto que merece destaque como componente da saúde é o bem-estar psicológico que é concebido a partir de concepções acerca do desenvolvimento humano e dimensionado em capacidades para enfrentar os desafios da vida (SIQUEIRA & PADOVAM, 2008).

Segundo Veenhoven (1992) o bem-estar pode ser definido como o grau em que cada pessoa julga a qualidade de sua vida favoravelmente como um todo. Autores como Silva et al (2007) defendem que a sensação de bem-estar ou de satisfação com a vida está fortemente ligada à capacidade do indivíduo em lidar com a ocorrência de eventos de sua vida. Os mesmos autores acrescentam que a ruptura na sensação de bem-estar psicológico pode relacionar-se com a dificuldade em manejar eventos de vida considerados estressantes, tanto nas esferas pessoal, como social e cultural, o que acaba por afetar o comportamento do indivíduo e a percepção da sua saúde.

Cabe destacar que, segundo Sparrenberger, Santos e Lima (2004) não existem dados conclusivos sobre a relação de bem-estar psicológico e outros fatores como gênero e idade. Esse fato contribui para a relevância de estudos que procurem identificar grupos populacionais com índices mais baixos de bem-estar psicológico, com o objetivo de criar estratégias dirigidas a estas populações para melhorar a sua qualidade de vida (SILVA ET AL, 2007).

Para Ryff e Keyes (1995) o bem-estar psicológico se organiza a partir de alguns componentes principais, como: auto-aceitação, relacionamento positivo com outras pessoas, autonomia, domínio do ambiente, propósito de vida e crescimento pessoal.

Este conceito está intimamente relacionado com a concepção de saúde mental criada pela Organização Mundial da Saúde, que define que a mesma:

Não é somente a ausência de um transtorno mental. É definida como um estado de bem-estar no qual cada indivíduo pode realizar seu próprio potencial, pode enfrentar o estresse normal da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e está apto a contribuir com a sua comunidade (WHO, 2008).

A Organização Mundial da Saúde ressalta que o foco deve ser na promoção da saúde mental durante toda a vida, na tentativa de garantir um começo de vida saudável para as crianças e para evitar transtornos mentais na idade adulta (WHO, 2008). Cabe destacar, que além dos fatores biológicos e psicológicos que afetam a saúde mental dos indivíduos, a mesma também pode ser comprometida por fatores socioeconômicos e ambientais.

Alguns estudos epidemiológicos têm revelado maior chance de surgimento de transtornos mentais no início da vida adulta (CERCHIARI, 2004; MOWBARY et al, 2006). Estes estudos se mostram relevantes, pois a partir deles pode-se estabelecer decisões em saúde pública, para atendimento e avaliação em saúde mental (LIMA et al, 2005), além da implementação de novas possibilidades de intervenção, prevenção e diagnóstico (FALLA & FERRAND, 2006; BAYARAM & BILGEL, 2008; CHANDLER et al, 2008).

Sabe-se do impacto de determinadas situações de vida na condição de saúde das pessoas. Estudos têm demonstrado a influência, por exemplo, do contexto universitário, e as mudanças que o mesmo deflagra na vida do indivíduo e na saúde mental dos jovens (ADEWUIA ET AL, 2006; GIGLIO, 1976).

O sofrimento psíquico, muitas vezes, expresso como ansiedade e depressão tem sido observado com alta prevalência na população universitária, variando entre 25% e 34% (GIGLIO, 1976; CERCHIARI, 2004; FACUNDES & LUDERMIR, 2005).

Nesse sentido, considera-se de extrema relevância o desenvolvimento de estudos que tenham como base teórica a Psicologia da Saúde, já que a mesma se mostra apropriada para a compreensão da saúde dos indivíduos e populações, especialmente, pela visão integral do ser humano e valorização dos diversos fatores biológicos, psicológicos, social e ambiental que compõe sua saúde, além da preocupação com aspectos de promoção de saúde.

2 CAPÍTULO II - O ESTUDANTE UNIVERSITÁRIO E SUA SAÚDE

2.1 Aspectos do contexto universitário e da etapa do desenvolvimento

Atualmente, muitas pesquisas são realizadas no sentido de investigar, avaliar e diagnosticar determinadas populações. Nota-se um crescente interesse na saúde global das pessoas, sendo esta compreendida como um conjunto de fatores que determinam a sua condição de saúde ou de doença. Além disso, o impacto de determinadas situações de vida - que podem ou não configurar uma crise - têm um reflexo importante na saúde, física ou psicológica dos indivíduos (DIAS, 2008).

Especialmente no que se refere à saúde dos estudantes universitários, observa-se nos últimos anos um aumento no número de estudos envolvendo esta população.

Tendo em vista o conceito de saúde que embasa o presente trabalho, o qual evidencia a integralidade e a relevância dos fatores físico, social, psicológico e ambiental para a compreensão da saúde, é importante destacar alguns aspectos próprios do contexto universitário que permeiam a condição de estudante do ensino superior e conseqüentemente podem interferir na percepção da saúde dos mesmos.

O período vivenciado pelo estudante durante o seu curso de graduação na universidade configura-se em um momento de muitos desafios, mudanças e dificuldades a serem superadas. O contexto do ensino superior exige que o estudante desenvolva uma série de características e habilidades antes não utilizadas. Segundo Almeida e Soares (2003) as tarefas com quais os jovens são confrontados na sua transição e adaptação ao ensino superior não são restritas às tarefas curriculares. Além dessas, questões vitais como o estabelecimento de um sentido de identidade, o desenvolvimento de relações interpessoais mais maduras, a exploração de papéis sociais, as questões da intimidade, o comprometimento com objetivos pessoais e profissionais, assumem uma relevância particular e marcam uma série de desafios e metas características da sua fase do desenvolvimento psicossocial.

Dentre os desafios estão questões próprias desta fase do desenvolvimento, que considerando a teoria do desenvolvimento psicossocial de Erikson (1976), coincide com o final da adolescência e início da vida adulta. Trata-se de um período onde o jovem tem a oportunidade de explorar possibilidades que contribuem para a formação da sua própria identidade. O indivíduo se encontra em um momento que exige a necessidade de novas respostas para novas situações de vida.

Segundo Erikson (1976) esta etapa pode ser denominada de adolescência prolongada, pois nela o jovem tem mais tempo para formar a identidade por meio da exploração de papéis.

Este período de transição da adolescência para a vida adulta pode se caracterizar em um momento de fragilidades e vulnerabilidades que pode levar a uma crise (CAMARANO et al, 2003). Considerando esta, a partir do conceito de Erikson, no sentido de desenvolvimento para designar não uma ameaça de catástrofe, mas um ponto decisivo, um período crucial de crescente vulnerabilidade e potencial.

Essa etapa de mudanças implica estar diante de situações de vida que precisam ser organizadas, internalizadas, definidas e direcionadas. Segundo Bohry (2007) é importante considerar esta perspectiva, pois independentemente de haver fatores de estresse acadêmicos, ambientais ou relacionais nessa fase, há também a presença de fatores de estresse pessoais muito significativos.

De acordo com Polydoro (2000) a entrada na universidade é um momento bastante significativo para o indivíduo, pois é frequentemente sincronizado com as mudanças e adaptações/crises próprias da adolescência e vida adulta. A autora afirma que pesquisas realizadas neste contexto entendem que a integração ao ensino universitário envolve tanto condições pessoais quanto características institucionais.

Fernandes et al (2005) defende que as exigências de um novo contexto, como por exemplo, o início de um curso de graduação, desempenha uma função desenvolvimental, na medida em que desafia os recursos pessoais dos estudantes e cria oportunidades de mudança.

Para Almeida e Soares (2003) o processo de transição e adaptação ao ensino superior é complexo e multidimensional, dependente de fatores de ordem pessoal e contextual, ou seja, esse processo é marcado, por um lado, pela troca entre as

expectativas, habilidades e características dos estudantes e por outro, pela universidade, sua comunidade, estrutura e elementos organizacionais.

Nesse sentido, pode-se observar que para conhecer as questões relacionadas à saúde do estudante universitário é também importante considerar o seu contexto e a sua percepção sobre ele.

Uma série de dificuldades é enfrentada pelo estudante universitário neste período de graduação e algumas delas estão relacionadas a falta de conhecimento mais concreto sobre o curso e sobre o significado de estar na universidade. Além de, muitas vezes, o aluno ter expectativas iniciais equivocadas que podem gerar decepções com a sua vivência acadêmica, além disso, as diferenças entre escola e universidade e as informações restritas sobre o curso podem contribuir para o insucesso escolar e o abandono do mesmo (BARDAGI & HUTZ, 2009; PACHANE, 2003).

A partir de estudos realizados com universitários portugueses, Azevedo e Faria (2004) afirmam que o novo contexto nem sempre é receptivo às expectativas dos estudantes, o que leva os mesmos a perceberem muitas dificuldades. Ao mesmo tempo, alguns autores defendem que a universidade pode ser considerada um contexto facilitador do desenvolvimento pessoal dos estudantes, no sentido de promover a integração e o ajustamento acadêmico, pessoal, social e afetivo do jovem (FERREIRA, ALMEIDA E SOARES, 2001; SANTOS & FERREIRA, 1999). Outros estudos consideram que o próprio estudante é o principal ator do seu desenvolvimento no contexto universitário, e cabe a ele explorar, da melhor forma possível, as oportunidades oferecidas neste período (ASTIN, 1993).

Ferreira, Almeida e Soares (2001) propõem que o sucesso acadêmico do aluno pode ser observado de acordo com o seu progresso em atingir objetivos tanto educativos quanto pessoais, como por exemplo: desenvolver competências acadêmicas e cognitivas; estabelecer e manter relações interpessoais positivas; desenvolver a autonomia; desenvolver e manter uma vida emocional equilibrada; desenvolver um projeto profissional e estabelecer e manter um estilo saudável de vida que contribua para o bem-estar pessoal e físico.

Ademais, a não superação das dificuldades surgidas nesta etapa poderá se constituir para o aluno em um fator causador de estresse, gerando desde problemas orgânicos, de relacionamento, baixo rendimento escolar, até angústias e estados de depressão (FIGUEIREDO e OLIVEIRA, 1995). Portanto, pesquisas apoiam a ideia

de que os jovens que ingressam na universidade e se deparam com uma série de desafios pessoais, interpessoais, familiares e institucionais, merecem atenção das autoridades e serviços acadêmicos no oferecimento de suporte e apoio (TAVEIRA et al, 2000; LEITÃO & PAIXÃO, 1999).

Pesquisas realizadas no contexto acadêmico vêm registrando um índice elevado de casos de depressão. Um estudo desenvolvido por Santos et al (2003) com o objetivo de identificar e mensurar os sintomas de depressão mais frequente entre universitários apontou a predominância de depressão em mulheres (97%) com idade média de 20 anos.

De acordo com Igue, Bariani e Milanesi (2008) o impacto da vivência acadêmica nos estudantes universitários, especialmente nos que ingressam pela primeira vez na universidade tem se mostrado um foco importante de investigação, e os autores chamam a atenção para o fato da maioria dos estudos serem estrangeiros, ressaltando a importância de pesquisas sobre o tema. Outro aspecto apontado por pesquisadores como motivador de pesquisas sobre a população de estudantes universitários é a geração de informações sobre a realidade vivida por estes jovens, que podem auxiliar os gestores em educação no tratamento de questões que envolvam não somente a evasão escolar, mas também aspectos do desenvolvimento psicossocial (TEIXIERA, CASTRO & PICCOLO, 2007).

Nesse sentido, é importante preocupar-se com a qualidade da permanência do estudante no ensino superior, e dar atenção para questões de satisfação com o curso, envolvimento em atividades extracurriculares, estabelecimento de relações saudáveis, bem-estar psicológico, entre outros.

Segundo Costa e Leal (2008) a qualidade da adaptação do estudante universitário a este novo contexto de vida pode ser considerada como um fator fundamental para a saúde mental do indivíduo.

2.2 Estudos atuais sobre saúde e estudantes universitários

Pesquisas atuais apontam para a necessidade de se conhecer mais e melhor a população universitária, especialmente no contexto de sua saúde, tendo em vista, como foi dito anteriormente, a importância de um bom aproveitamento por parte do

estudante daquilo que lhe é ofertado neste período. Pereira (2006) considera que a investigação sobre a saúde dos jovens e os seus comportamentos saudáveis, assim como dos fatores que os influenciam, é primordial para o desenvolvimento de programas e práticas de promoção da saúde que tenham como alvo os estudantes universitários. Além disso, reforça que a saúde deve ser considerada no seu sentido mais amplo, abrangendo o bem-estar físico, social e emocional e compreendida como um recurso para o dia-a-dia.

Algumas pesquisas destacam que entre os fatores relacionados a este período que interferem na saúde desta população estão: o sono irregular, as pressões acadêmicas, estar em semestres iniciais, intermediários ou finais e a troca de relacionamentos (FALLA & FERRAND, 2006; ADEWUYA, 2006; STEPTOE et al, 2007; EISENBERG et al 2007)

Em alguns países, como Portugal, alguns estudos têm chamado a atenção para a necessidade de desenvolver investigações e intervenções no âmbito da promoção de saúde no contexto do ensino superior (PEREIRA & RAMOS, 2000; RESAPES, 2002; PEREIRA & SILVA, 2001, PEREIRA et al, 2005).

Neste mesmo país, foi encontrado maior número de estudos com a população de estudantes do ensino superior sobre temas variados, desde estudos sobre a saúde psicológica dos estudantes universitários (COSTA & LEAL, 2008), as dificuldades de adaptação e realização acadêmica no ensino superior (ALMEIDA et al, 1998), o diagnóstico dos problemas de insucesso no contexto do ensino superior (PEREIRA, 2006), a construção e validação de um questionário sobre vivências acadêmicas com o objetivo de avaliar a adaptação do estudante ao contexto universitário (ALMEIDA, SOARES & FERREIRA, 2002), a relação entre homesickness (saudades de casa) e personalidade em estudantes universitários (FERRAZ & PEREIRA, 2002), o sucesso e o desenvolvimento psicológico no ensino superior (PEREIRA et al, 2006), até a adaptação acadêmica do estudante do 1º ano e a influência de fatores como gênero e curso frequentado (FERREIRA, ALMEIDA & SOARES, 2001).

Já no Brasil, observa-se na última década um crescente interesse no desenvolvimento de estudos que tenham como alvo os estudantes universitários. Algumas dessas pesquisas se interessam sobre a saúde dos estudantes e sua relação com o contexto universitário, focalizando aspectos distintos da saúde e do próprio contexto. Ao mesmo tempo, também podem ser observados estudos que

utilizam os estudantes universitários para compor a amostra sem tê-los como o foco da pesquisa, geralmente com a finalidade de validar instrumentos para a realidade brasileira (ZANINI, VEROLLA-MOURA & QUEIROZ, 2009; MATTA, BIZARRO & REPPOLD, 2009; LARANJEIRA, 2008). Acredita-se que isto ocorra pela facilidade de acesso a esta população e pelo grande número de sujeitos que é possível encontrar.

O tema da qualidade de vida dos estudantes universitários tem sido foco de diversas pesquisas nacionais. Teixeira (2008) desenvolveu um estudo com 330 universitários, utilizando o WHOQOL-bref e buscando relacionar os índices de qualidade de vida e a eficácia adaptativa. A autora destacou a importância de conhecer a realidade dos jovens universitários a fim de utilizar este conhecimento para a implementação de ações que visem a integração à vida acadêmica e o bem-estar psicológico.

Já Cerchiari (2004) avaliou a qualidade de vida e a saúde mental em sua pesquisa de doutorado com abordagem quantitativa e delineamento transversal, em uma amostra de 558 estudantes do ensino superior. Utilizou como instrumentos o WHOQOL-bref e o WHOQOL-100 que apontaram o domínio “ambiente” com os menores escores obtidos nesta amostra. A autora também procurou caracterizar a clientela atendida em um serviço de saúde mental de uma universidade pública, e destacou que faixa etária, gênero e curso estão mais relacionados com a procura por algum tipo de auxílio psicológico. Além disso, o estudo revelou a prevalência de 25% de transtornos mentais menores na amostra estudada, chamando a atenção para a necessidade de um projeto político-pedagógico que vise o bem-estar e a promoção da saúde mental desta população.

Outro estudo sobre a qualidade de vida dos estudantes universitários é a pesquisa de doutorado desenvolvida por Oliveira (2006) que buscou relacionar os índices de qualidade de vida com o desempenho acadêmico dos estudantes do ensino superior. Para tanto, utilizou o instrumento WHOQOL-bref e as médias das notas das disciplinas cursadas, revelando associação entre o desempenho acadêmico e a faceta dor física do domínio físico da qualidade de vida. Além disso, a qualidade de vida da amostra se mostrou boa em todos os domínios, concluindo que mesmo os que se preocupam em melhorar a sua qualidade de vida apresentam alguma dificuldade.

Essa temática também foi estudada por Cunha et al (2005) em um estudo com estudantes do 1º ano do curso de Psicologia que utilizou como instrumento o WHOQOL-bref para avaliar a qualidade de vida. Os resultados indicaram um prejuízo maior no domínio ambiental, o que segundo os autores, se explicaria devido ao fato da amostra ser constituída por estudantes que deixaram a casa de seus pais e suas cidades para viver com colegas de faculdade em repúblicas, por exemplo.

Catunda e Ruiz (2008) desenvolveram uma pesquisa sobre a qualidade de vida de universitários de três cursos noturnos de três áreas do conhecimento, Educação Física, Psicologia e Sistemas de Informação. Utilizaram para tanto o WHOQOL-bref, e os resultados apontaram para um prejuízo maior no domínio ambiental e não revelaram diferenças importantes na avaliação da qualidade de vida entre os cursos.

Os estudos desenvolvidos por Saupe et al (2004) e Kawakane e Miyadahira (2005) tiveram como objetivo investigar a qualidade de vida de estudantes de enfermagem. O primeiro estudo utilizou como instrumento o WHOQOL-bref e a amostra foi composta por 825 estudantes. Os seus resultados revelaram que 36% da amostra percebem como baixa sua qualidade de vida, o que segundo os autores, justifica o investimento em ações de apoio e suporte para o estudante universitário. Já o segundo estudo, utilizou o Índice de Qualidade de Vida (IQV) de Ferrans e Powers para medir a qualidade de vida em uma amostra de 264 estudantes de enfermagem. Os resultados quando comparados por ano do curso, demonstraram uma queda na qualidade de vida no 2º ano quando comparado ao 1º ano, o que pode ser justificado pela inserção do aluno em campo prático e as dificuldades naturais vivenciadas neste período que podem influenciar nos escores de qualidade de vida.

Ramos-Dias e colaboradores (2010) também se ocuparam em estudar a qualidade de vida dos universitários de um curso específico, neste caso dos estudantes de medicina. O instrumento utilizado também foi o WHOQOL-bref para uma amostra de 100 alunos de primeiro e sexto ano do curso. Os resultados indicaram uma boa qualidade de vida geral, porém, os autores destacam a importância que os estudantes que obtiveram uma baixa pontuação recebam maior atenção para fins de prevenção de maiores dificuldades como o *burnout*.

Os estudos descritos acima demonstram uma crescente preocupação com a qualidade de vida e a saúde dos estudantes e sua relação com o contexto (curso,

semestre, moradia) universitário, já que uma forma de estudar a saúde das populações é através do estudo da qualidade de vida das mesmas.

Entretanto, ainda é grande o número de pesquisas realizadas com os estudantes universitários que tomam a saúde apenas na sua dimensão física, ou ainda relacionada a alguma doença. De acordo com um levantamento realizado nas bases de dados Scielo, Lilacs e Pepsic, considerando o período de 2004 a 2010, utilizando os descritores universitários e saúde, foram selecionadas 55 referências de estudos que contemplam os estudantes do ensino superior.

Agrupando os resultados nesse tipo de estudo, os principais temas são: uso e abuso de álcool e drogas (CHIAPETTI & SERBENA, 2007; WAGNER ET AL, 2007; COUTINHO, ARAÚJO E GONTIES, 2004; PEREIRA ET AL, 2008; PORTUGAL ET AL, 2008; MARDEGAN ET AL, 2007; LUCAS ET AL, 2006; DUARTE, 2005; CANUTO, FERREIRA & GUIMARÃES, 2006, OLIVEIRA ET AL, 2009; AMORIM ET AL, 2008), representações sociais sobre drogas (FONSECA ET AL, 2007; ARAÚJO, GONTIÉS & JONSOS, 2007; FERREIRA & SOUZA FILHO, 2007), tabagismo (RODRIGUES, CHEIK & MAYER, 2008; RONDINA ET AL, 2005; SILVA ET AL, 2008; ANDRADE ET AL, 2006; SPIANDORELLO ET AL, 2007), ansiedade e stress (GOMES, SILVA & ARAÚJO, 2008; CALAIS ET AL, 2007; BANDEIRA ET AL, 2005; FERREIRA ET AL, 2009; CARLOTTO & CÂMARA, 2008; CARLOTTO, NAKAMURA & CÂMARA, 2006), obesidade (FALCÃO, MIRANDA & SILVA, 2007), transtornos mentais (NEVES & DALGALARRONDO, 2007; FACUNDES & LUDERMIR, 2005).

Pode-se observar que os assuntos abordados acima dizem respeito a uma concepção de saúde mais restrita, ligada a aspectos negativos e a condições de doença já estabelecidas.

Seguindo com as referências pode-se reunir mais uma série de estudos realizados com os estudantes universitários e agrupar outros temas que estão relacionados a aspectos de prevenção e promoção de saúde, sendo eles: hábitos de atividade física (MARCONDELLI, COSTA & SCHMITZ, 2008; SILVA ET AL, 2007; FONTES & VIANNA, 2009; LOCH ET AL, 2006; RIBEIRO-NUNES ET AL, 2007; GUEDES, SANTOS & LOPES, 2006), hábitos alimentares (ALVES & BOOG, 2007; SANTOS ET AL, 2006; VELOSO ET AL, 2008) e uso de métodos contraceptivos (ALVES & LOPES, 2008; COSTA, ROSA & BATTISTI, 2009; PIROTTA & SCHOR, 2004; LEITE ET AL, 2007; RABELO ET AL, 2006).

Além destes temas, pode-se ainda citar alguns estudos sobre comportamento de risco no trânsito (STOCCO ET AL, 2007; LABIAK ET AL, 2008), condutas de saúde entre universitários (COLARES, FRANCA & GONZALEZ, 2009; FRANCA & COLARES, 2008), automedicação entre universitários (MUSSOLIN, 2004) e adaptação a universidade em estudantes estrangeiros (ANDRADE & TEIXEIRA, 2009), entre outros.

No que diz respeito a estudos que tenham como foco conhecer os aspectos relacionados ao bem-estar psicológico e a saúde mental dos estudantes universitários, cabe citar alguns deles, como o desenvolvido por Cavestro e Rocha (2006) que buscou identificar, em uma amostra de 342 estudantes distribuídos nos cursos de Medicina, Fisioterapia e Terapia Ocupacional, os índices de depressão e o risco de suicídio. Os resultados revelaram que a prevalência de depressão e risco de suicídio foi significativamente maior nos estudantes de Terapia Ocupacional (28,2%) quando comparados com os outros dois cursos.

Já o estudo realizado por Furegato e colaboradores (2006) objetivou conhecer a correlação entre sinais indicativos de depressão e níveis de auto-estima em estudantes de enfermagem. A pesquisa concluiu que a frequência dos níveis de depressão entre os alunos ficou dentro do esperado, porém ressalta a importância de programas e estratégias clínicas de orientação e diagnóstico.

A pesquisa proposta por Neves e Dagalarrondo (2007) buscou verificar a prevalência de transtornos mentais auto-referidos em universitários e relacionar com dados demográficos e psicossociais. A amostra foi composta por 1.290 estudantes de ambos os sexos. Os resultados encontrados indicam uma prevalência de 58% de "algum transtorno mental", considerada alta pelos autores, tendo em vista, estudos anteriores nacionais e internacionais. Este estudo demonstrou que o gênero feminino apresenta mais queixas de sofrimento mental, maiores dificuldades psicossociais e utiliza mais os serviços de saúde mental oferecidos pela universidade aos estudantes.

No que tange aos aspectos relacionados à adaptação do estudante ao ensino superior e as dificuldades encontradas neste contexto são poucos os estudos no Brasil que focalizaram estas questões. Apesar de alguns estudos sobre a saúde mental e a qualidade de vida ter como justificativa a importância desta transição e das suas consequências para o estudante, ainda são escassas as pesquisas sobre a transição e à adaptação do mesmo neste novo contexto.

Teixeira, Castro e Piccolo (2007) investigaram a adaptação à universidade em uma amostra de 342 estudantes. Os autores obtiveram alguns achados bastante interessantes como a associação entre o apoio emocional da família e o desenvolvimento de competências interpessoais. Além disso, ressaltaram a importância de mais pesquisas para ampliar a compreensão do fenômeno da adaptação à universidade no Brasil.

Outro estudo que se ocupou do tema da adaptação a vida acadêmica no ensino superior foi o realizado por Igue, Bariani e Milanesi (2008). Esta pesquisa foi realizada com 203 universitários sendo metade alunos do 1º ano e metade do último ano do curso de graduação. Um ponto bastante interessante considerado pelo estudo é o fato de que a universidade deveria oferecer um projeto de integração aos calouros a fim de tornar conhecidos os serviços oferecidos pela mesma, mas ressalta também o fato de que o aluno também deve se interessar em conhecer melhor o que a instituição lhe proporciona.

Tendo em vista a amplitude de fatores que fazem parte do universo do estudante do ensino superior, desde aspectos pessoais até ambientais, torna-se evidente a necessidade de mais estudos que busquem contemplar da forma mais ampla e específica possível, as variáveis imbricadas neste processo de formação não somente profissional como também de formação pessoal.

Portanto, a saúde do estudante universitário necessita ser compreendida de forma integral e considerada dentro de um contexto bastante específico, porém multidimensional, influenciado por fatores de ordem pessoal, social, econômica e institucional.

Observa-se a necessidade de que mais estudos envolvendo esta população sejam desenvolvidos na realidade brasileira, e que os mesmos produzam mais conhecimentos sobre novas formas de intervenção para a promoção da saúde no contexto universitário.

3 CAPÍTULO III – AVALIAÇÃO DO PERFIL DE SAÚDE DE ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Estudar a saúde dos indivíduos e populações requer uma visão bastante clara do entendimento e perspectiva de saúde que está sendo considerada. Por isso, este estudo toma como referência a concepção de saúde utilizada pela OMS (1948) que considera a mesma não somente como a ausência de doença, mas como um estado de bem-estar físico, mental e social, e também o conceito sugerido por Straub (2005) que propõe que a saúde compreende aspectos físicos, sociais e psicológicos.

Witter (2008) afirma que estes conceitos podem ser considerados mais inclusivos, tendo em vista, que os aspectos psicológicos, sociais, ambientais e ecológicos são tão relevantes quanto os biológicos para determinar se uma pessoa desfruta de saúde. Nesta perspectiva, o autor considera que o indivíduo constitui o foco da atenção sendo visto como um ser total com suas relações sociais e culturais, e que o importante é a qualidade de vida, o seu conforto biopsicológico e o quanto se sente bem.

Nesse sentido, uma forma de avaliar a saúde dos indivíduos pode ser através da avaliação da qualidade de vida, já que segundo Ribeiro (1998) a saúde é a variável que melhor explica a qualidade de vida.

O próprio conceito proposto pela OMS (1948) compreende a qualidade de vida como sendo a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e no sistema de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações, e oferece uma perspectiva multidimensional de fatores que estão relacionados entre si.

Essa perspectiva multidimensional permite estender o foco sobre a percepção que o indivíduo tem da sua satisfação com aspectos de saúde física, psicológica, das relações sociais e do ambiente. Segundo Fleck et al (2000) a qualidade de vida é constituída de três fatores: *o bem-estar subjetivo*, que se refere à percepção do indivíduo, seus valores e crenças; *a saúde*, entendida como um estado de bem-estar físico, mental e social, e não meramente como a ausência de doença; e *o bem-estar social*, que se refere à situação da pessoa em relação ao seu ambiente e à sua relação com a sociedade.

Portanto, a percepção de saúde e qualidade de vida de um indivíduo passa também pela percepção do seu bem-estar psicológico e da qualidade das suas relações.

Sobre o aspecto do bem-estar psicológico, este está diretamente relacionado com a saúde mental. Para uma melhor compreensão podemos tomar como referência o conceito de saúde mental proposto pela OMS (WHO, 2008) que a define não somente como a ausência de um transtorno mental, mas sim como um estado de bem-estar no qual o indivíduo pode realizar seu próprio potencial, pode enfrentar o estresse habitual da vida, pode trabalhar de forma produtiva e é capaz de contribuir com a sua comunidade.

Segundo Alvaro (1992) as principais afecções ao bem-estar psicológico, seriam os transtornos mentais leves, a depressão, a diminuição da auto-estima, o sentimento de insatisfação com a vida e as dificuldades cognitivas.

Sobre o bem estar psicológico e a saúde mental vale ressaltar um trabalho mais antigo e que explicita essa relação. Warr (1987) citado no artigo de Argolo & Araújo (2004) ressalta o aspecto do bem-estar psicológico como indicador de saúde mental. O autor entende a saúde mental como multifatorial e identifica seus cinco componentes básicos: bem-estar afetivo, competência pessoal, aspiração, autonomia e funcionamento integrado. Segundo ele, desses cinco componentes é o bem-estar afetivo ou bem-estar psicológico que ocupa papel fundamental para se averiguar o grau de saúde mental de uma pessoa.

No que diz respeito aos aspectos referentes à saúde das relações, a psicologia há muito já chama a atenção para a importância das relações estabelecidas, principalmente nos primeiros anos de vida, para o desenvolvimento da personalidade. Ademais, sabe-se da importância do estabelecimento e da qualidade das relações na vida das pessoas e sua influência no seu estado de saúde (DIAS, 2008).

De acordo com Canavarro (1999), é importante reconhecer que as relações significativas de um indivíduo podem ser fatores de risco ou de proteção, pois podem tanto promover o sentimento de segurança e auto-estima e contribuir para o bem-estar global do indivíduo, como gerar condições adversas e de considerável sofrimento.

Para compreender melhor o impacto da qualidade das relações estabelecidas pelo indivíduo em sua vida, pode-se fazer uso do operador teórico das relações

objetais, que explica como as estruturas psicológicas internas promovem e mantêm a capacidade do indivíduo de se relacionar com os outros, desde o início da vida até o momento atual (BRUSCATO, 1998; DIAS ET AL, 2007; ZOGBI DIAS, 2008).

Segundo Bruscato (1998), assim como a fórmula da sobrevivência biológica é a adaptação do organismo ao meio físico, a fórmula da sobrevivência psicológica é a relação do indivíduo com o meio humano.

Por isso, a relevância de contemplar no estudo sobre a saúde, a dimensão das relações e a qualidade das mesmas. Há estudos que demonstram que pessoas com característica relacional insegura, ou seja, que sofrem nas experiências de relacionamento interpessoal, possuem preocupações em ser aceito, tendem a minimizar situações de estresse quando em geral já existem manifestações físicas, ou seja, acabam por procurar ajuda apenas em situações extremas e demonstram enorme dificuldade em confiar no profissional de saúde (ATTALE, CONSOLI, 2005; MAUDNER, HUNTER, 2001). Por sua vez, outros autores apontam que manter relações com característica relacional segura, ou seja, ser capaz de confiar nos outros e estabelecer relações mais maduras, pode auxiliar no enfrentamento de situações difíceis ou de doenças orgânicas (TROIISI et al., 2005; PACCHIEROTTI et al., 2002; CIECHANOWSKIET et al., 2001; WARD et al., 2001; CIECHANOWSKI et al., 2000).

Tendo em vista que o foco deste estudo é avaliar a saúde de estudantes universitários, torna-se imprescindível considerar o ambiente onde os mesmos estão inseridos e, além disso, observar as características que são peculiares deste contexto.

Este entendimento é compartilhado por alguns autores, que salientam a importância de dar atenção para a saúde dos jovens universitários, já que o período vivenciado na universidade pode gerar inúmeros conflitos e até mesmo desencadear transtornos, por se tratar de uma fase de transição, com muitas modificações na vida do indivíduo (ADEWUYA, 2006; EISENBERG ET AL, 2007).

Segundo Ferreira e cols. (2009) tanto fatores relacionados ao contexto universitário quanto relativos às fases do desenvolvimento exercem influência sobre o estado emocional dos estudantes. Oliveira e Ciampone (2006) chamam a atenção para a necessidade de avaliar se a universidade é percebida pelos estudantes, durante sua formação, como um espaço promotor de qualidade de vida.

Muitos são os desafios que os estudantes se deparam nesta fase da vida, especialmente aqueles relacionados ao contexto universitário, como a escolha profissional, aquisição de novos papéis, exigências acadêmicas, estabelecimento de novas relações, desenvolvimento de um projeto profissional, entre outros (FERREIRA, ALMEIDA E SOARES, 2001).

Segundo Costa e Leal (2008) a qualidade da adaptação do estudante universitário a este novo contexto de vida pode ser considerada como um fator fundamental para a saúde mental do indivíduo.

Oliveira (2006) defende a importância de investigar aspectos de qualidade de vida na população universitária, pois sugere que essa avaliação permite oferecer para as instituições de ensino dados importantes sobre a saúde dos alunos e possibilita que sejam melhorados possíveis déficits existentes na relação estudante/instituição.

Já Eisenberg e cols (2007) afirmam que é importante pesquisar sobre a saúde mental das populações universitárias, pois muitos transtornos de humor eclodem no início da vida adulta. Defendem ainda, que se a incidência desses transtornos for identificada cedo, há mais chances de se prevenir estas situações e criar programas de prevenção que possam ajudar esta população.

Além disso, alguns estudos destacam a relevância de pesquisas que investiguem a influência dos modelos de relação dos universitários na adaptação acadêmica. Pesquisas apontam que jovens com padrões seguros de vinculação em relação aos pais e pares demonstram melhores índices de adaptação psicológica, social e emocional a entrada no Ensino Superior do que os seus pares (BERNIER, LAROSE, & WHIPPLE, 2005; LAPSLEY & EDGERTON, 2002; WINTRE & YAFFE, 2000).

Face ao exposto, a pesquisa a ser apresentada pretende contribuir para o estudo da saúde dos estudantes universitários e das variáveis envolvidas neste contexto.

3.1 Objetivos

3.1.1 Objetivo Geral

Investigar qualidade de vida, bem-estar psicológico e características relacionais em estudantes universitários.

3.1.2 Objetivos Específicos

1. Traçar um perfil sociodemográfico dos participantes deste estudo.
2. Avaliar os índices de qualidade de vida.
3. Investigar os índices de bem-estar psicológico.
4. Identificar os modelos de relações objetais.
5. Verificar a existência de correlações entre os índices de qualidade de vida, bem-estar psicológico e relações objetais.

3.2 Método

3.2.1 Delineamento

Trata-se de uma pesquisa transversal, de caráter descritivo correlacional e de abordagem quantitativa e qualitativa.

3.2.2 Participantes

Foram avaliados 367 estudantes de graduação, conforme cálculo amostral realizado através do pacote estatístico Epilnfo 6.04d para pesquisa populacional (population survey) contabilizando a amostra de universitários matriculados em

2008/1 no campus Santa Maria, num total 11.707 alunos (UFSM em números, 2008).

Os critérios de inclusão foram: 1) estar regularmente matriculado em um curso de graduação do campus da UFSM de Santa Maria; 2) estar cursando o terceiro ano do curso, ou seja, 5º ou 6º semestre; 3) aceitar participar voluntariamente da pesquisa. Os critérios de exclusão foram: 1) estar em outros semestre que não o 5º e o 6º; 2) estar matriculado em mais de um curso de graduação.

Foram selecionados alunos de 3º ano do seu curso de graduação tanto em função da literatura indicar estudos com essa faixa e também porque acredita-se que estes alunos não estariam tão impactados pela entrada na universidade ou pela formatura.

A amostra foi composta por 217 mulheres (59,1%) e 150 homens (40,9%), totalizando os 367 participantes que foram distribuídos de acordo com o percentual de alunos em cada unidade universitária, como mostra a tabela a seguir:

Tabela 1 - Distribuição de alunos do cálculo amostral por unidades universitárias na UFSM – campus Santa Maria.

Unidades Universitárias	Frequência (n)	%	Total por centro (n)
Centro de Ciências Sociais e Humanas - CCSH	90	24,5	2.885
Centro de Educação – CE	22	6	673
Centro de Educação Física e Desportos – CEFD	16	4,4	482
Centro de Tecnologia – CT	46	12,5	1.480
Centro de Artes e Letras – CAL	33	9	1.041
Centro de Ciências Naturais e Exatas – CCNE	48	13,1	1.535
Centro de Ciências Rurais – CCR	54	14,7	1.747
Centro de Ciências da Saúde - CCS	58	15,8	1.864
TOTAL	367	100%	11.707

Dentre as unidades universitárias foram selecionados por sorteio os cursos de graduação para compor a amostra, sendo eles: Administração, Psicologia, História e Filosofia do Centro de Ciências Sociais e Humanas; Pedagogia do Centro de Educação; Educação Física do Centro de Educação Física e Desportos; Engenharia Elétrica e Arquitetura do Centro de Tecnologia; Letras do Centro de Artes e Letras; Biologia, Meteorologia e Geografia do Centro de Ciências Naturais e Exatas; Agronomia, Zootecnia e Medicina Veterinária do Centro de Ciências Rurais e Enfermagem e Odontologia do Centro de Ciências da Saúde.

3.2.3 Instrumentos

Para contemplar os objetivos da pesquisa foram aplicados quatro instrumentos:

- Ficha de Dados Sociodemográficos (APÊNDICE A): construída pela equipe de pesquisa, abrange dados demográficos (sexo, idade, escolaridade, naturalidade, religião), também contempla dados sobre o histórico de saúde (acometimento por doenças crônicas, tempo de tratamento, entre outros) e dados sobre o curso de graduação (se era a primeira opção, satisfação com a escolha).

- Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-bref) (ANEXO A): Trata-se da versão abreviada do instrumento desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (1948) e adaptado para o Brasil por Fleck e cols. (2000) para a avaliação de qualidade de vida. O WHOQOL-bref consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas distribuídas em 4 domínios: físico (questões 3, 4, 10, 15, 16, 17, 18 sobre dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; mobilidade; atividades da vida cotidiana; dependência de medicação ou de tratamentos; capacidade de trabalho), psicológico (questões 5, 6, 7, 11, 19, 26 sobre sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; auto-estima; imagem corporal e aparência; sentimentos negativos; espiritualidade/religião/crenças pessoais), relações sociais (questões 20, 21, 22 sobre relações pessoais; suporte-apoio-social; atividade sexual) e meio ambiente (questões 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25 sobre segurança física e proteção; ambiente no lar; recursos financeiros; cuidados

de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades de adquirir novas informações e habilidades; participação e oportunidades de recreação/lazer; ambiente físico: poluição/ruído/trânsito/clima; transporte) (FLECK ET AL, 2000).

Cada uma das questões varia de 1 a 5 pontos, e a melhor correção do questionário tem sido sugerida pelo grupo de realização do instrumento da OMS (disponível em <<http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol.html>>) através do Statistical Package for Social Sciences (SPSS) para padronização da correção pois que são necessárias algumas inversões e recodificações de valores para que obtenham-se resultados para uma escala de 0 a 100 (quanto mais próximo de 100, melhor o índice de qualidade de vida). Este instrumento é indicado para estudos epidemiológicos e/ou quando há o uso de múltiplos instrumentos.

- Questionário de Saúde Geral (QSG-12) (ANEXO B): Este instrumento corresponde a uma versão abreviada do Questionário de Saúde Geral (General Health Questionnaire – GHQ-60) de Goldberg (1972), adaptado para o Brasil por Pasquali e cols. (1994). Como sua abreviação indica, a versão utilizada neste estudo é composta de 12 itens, sendo cada item respondido em termos do quanto a pessoa tem experimentado os sintomas descritos, sendo suas respostas dadas em uma escala Likert de quatro pontos. As questões são respondidas variando de 1 a 4, sendo que de acordo com o sistema de pontuação adotado por Goldberg (1972) implica que as respostas 1 e 2 sejam recodificados como **0**=ausência de distúrbio psiquiátrico e as respostas 3 e 4 sejam recodificados como **1**=presença de distúrbio psiquiátrico. Portanto, este instrumento resulta numa pontuação que vai de 0 a 12 pontos. Goldberg (1972) recomenda que a pessoa que obtiver a pontuação igual ou superior a **3** apresenta sofrimento psíquico merecedor de atenção. Este ponto de corte tem sido utilizado em diversos estudos em diferentes países (MASSUD, BARBOSA & GOUVEIA, 2007; HOEYMANS ET AL, 2004; SCARDOVI ET AL, 2003; STALMAN, VAN ESSEN & VAN DER GRAAF, 2001; SAUREL-CUBIZOLLES ET AL, 2000), sendo adotado na presente pesquisa.

- BORRTI-O (Bell Object Relations and Reality Testing Inventory de BELL, BILLINGTON e BECKER, 1986 in BRUSCATO & IACOPONI, 2000; BRUSCATO, 1998) (ANEXO C): Trata-se de um inventário auto-administrado com 45 declarações descritivas em que o sujeito marca “verdadeiro” ou “falso”, de acordo com sua experiência mais recente. A escala fornece quatro tipos de resultados ou fatores interpretativos: **1) alienação**: consiste em falta de confiança básica nos

relacionamentos; falta de habilidade para conseguir proximidade; inabilidade em manter intimidade estável; sentimentos de suspeita, posição defensiva e isolamento hostil; relações sociais superficiais sem senso de continência; **2) vinculação insegura**: sofrimento nas experiências de relacionamento interpessoal; insegurança nos relacionamentos próximos expressa em forma de dependência; preocupações sobre ser aceito; relacionamentos como busca de segurança; **3) egocentrismo**: desconfiança da motivação do outro; o outro existe apenas com relação a si mesmo; crença de que a cooperação é impossível; **4) incapacidade social**: timidez; nervosismo; incerteza sobre como agir com pessoas do sexo oposto; inabilidade para fazer amigos; ausência de relacionamentos próximos. Além disso, fornece um resultado numérico: número de respostas patológicas, que pode ser utilizado como média (DIAS, 2008; BRUSCATO & IACOPONI, 2000). A correção do instrumento é dada através de um software específico, que apresenta valores brutos, posteriormente transformados para escores *t* contínuos. Os resultados são considerados de patologia nas relações desde que a resposta pontue 60% ou mais do item (ANEXO D). As respostas foram categorizadas em 1=sem patologia nas relações e 2=com patologia nas relações, para seu uso nas posteriores análises estatísticas.

3.2.4 Procedimento para a coleta dos dados

Primeiramente, foi solicitada a autorização dos diretores das unidades universitárias para a realização da pesquisa com os alunos. Após, procedeu-se a solicitação da autorização do coordenador de cada curso componente da amostra para se ter acesso aos professores, que por sua vez, cederam tempo em suas aulas para a aplicação dos instrumentos. A coleta dos dados foi realizada em sala de aula e ocorreu nos meses de setembro e outubro de 2009, e entre os meses de março e junho de 2010. Cada aplicação tinha um tempo médio de 30 minutos e foi realizada pela pesquisadora e por uma auxiliar de pesquisa treinada. Os instrumentos eram recolhidos logo após a aplicação e armazenados em envelopes lacrados sem identificação. No momento da aplicação era feito um *rapport* explicitando os

objetivos da pesquisa e seu caráter voluntário. A pesquisadora permanecia em sala de aula para possíveis dúvidas no decorrer do processo.

3.2.5 Procedimento para a análise dos dados

Para a análise estatística foram utilizadas Estatística Descritiva (média, moda, mediana, frequências e percentuais) e Estatística Inferencial através de teste *t* e através da Análise de Correlação de Pearson, com nível de significância estatística de 5% ($p \leq 0,05$). Os cálculos foram realizados através de pacote estatístico SPSS 13.0.

Depois de quantificados os dados e reconhecidas as características gerais da amostra, procedeu-se o entendimento qualitativo dos dados encontrados e suas correlações.

3.2.6 Procedimentos Éticos

O projeto desta pesquisa foi analisado e aprovado sem restrições pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria (ANEXO E).

Para participação na pesquisa foram previamente esclarecidos os objetivos do trabalho e estando o participante de acordo, foi lido e assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), segundo a orientação da Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde, a respeito da pesquisa envolvendo seres humanos. Ainda foi garantido ao participante o direito de retirar-se da pesquisa a qualquer momento, caso fosse de sua vontade. No que se refere aos dados colhidos no preenchimento dos questionários e às informações ali contidas, bem como a identidade dos participantes foram resguardadas as questões éticas de sigilo e privacidade.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi elaborado em linguagem clara e de fácil compreensão, contendo o objetivo do estudo, os instrumentos que

seriam utilizados, bem como os dados do pesquisador para contato do participante sempre que este julgasse necessário.

Os entrevistados foram alertados para o direito de tirar suas dúvidas a qualquer momento sobre o andamento da pesquisa tendo a garantia de que todas as suas perguntas seriam respondidas. Da mesma forma, foi assegurado ao participante que o mesmo não teria despesas pessoais para participar, assim como não seriam compensados financeiramente em relação à sua participação. O participante, que porventura, sentisse algum desconforto psicológico em razão da pesquisa seria orientado a buscar atendimento psicológico. Além disso, foi dada aos participantes a possibilidade de obterem seus resultados individuais se assim o desejassem.

Somente após o esclarecimento detalhado do estudo ao participante, da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, e da entrega de uma cópia do mesmo foi iniciada a aplicação dos instrumentos em sala de aula.

3.3 Apresentação e Discussão dos Resultados

3.3.1 Características gerais da amostra

A amostra foi composta por N=367 participantes sendo que n=217 eram mulheres (59,1%) e n=150 eram homens (40,9%).

Os participantes apresentam uma média de idade de 22,8 anos com desvio-padrão de 4,7. As idades variaram entre 18 e 60 anos. Através do estudo da mediana, a amostra se divide entre pessoas com até 21 anos (50,4%) e com mais de 22 anos (49,6%).

Com relação ao semestre, os 367 participantes frequentam o terceiro ano do seu curso de graduação, sendo que 226 (61,6%) estão no 5º semestre e 141 (38,4%) cursam o 6º semestre. Importante ressaltar que 13 (3,5%) dos participantes já possuem ensino superior completo.

Sobre sua ocupação no período da pesquisa, 208 (56,6%) são somente estudantes, 134 (36,5%) não informaram qualquer atividade e 25 (6,8%) têm outras

ocupações, além de ser estudante, como por exemplo, militares, professores, técnicos e servidores públicos.

Com relação à naturalidade, a grande maioria, 222 (60,5%) participantes não são oriundos da cidade de Santa Maria/RS onde realizam o seu curso de graduação, sendo que destes, 183 (82,4%) são do interior do Estado do Rio Grande do Sul, 13 (5,8%) da Capital do Estado e 26 (11,7%) são de outros Estados do Brasil. Os participantes naturais de Santa Maria totalizam 79 (21,5%) da amostra. Sessenta e cinco participantes (17,7%) não compreenderam a pergunta e indicaram apenas sua nacionalidade.

Tabela 2 - Distribuição de freqüência das características sócio-demográficas dos sujeitos (N=367)

Variáveis	f	%
Sexo		
feminino	217	59,1
masculino	150	40,9
Idade		
até 21 anos	185	50,4
acima de 22 anos	182	49,6
Estado civil		
com relacionamento	136	37,4
sem relacionamento	228	62,6
Religião		
com religião	282	76,8
sem religião	37	10,1
não informaram	48	13,1
Com quem mora		
sozinho	60	17,1
acompanhado	291	82,9
Tem problema de saúde		
sim	70	19,2
não	295	80,8

O curso era primeira opção		
sim	272	74,1

Tabela 2 - Distribuição de frequência das características sócio-demográficas dos sujeitos (N=367)

Variáveis	f	%
não	95	25,9
Sente-se satisfeito com o curso escolhido		
sim	291	79,5
não	75	20,5

Alguns dos dados característicos desta amostra chamam a atenção e merecem ser ressaltados, como por exemplo, a questão do gênero, onde se observa a maioria 59,1% de mulheres. Este dado corresponde aos achados em outras pesquisas com estudantes universitários que também encontram a maioria do sexo feminino em amostras compostas por diferentes cursos de graduação (FERREIRA ET AL, 2009; TEIXEIRA, CASTRO e PICCOLO, 2007; ALMEIDA, SOARES e FERREIRA, 2002; FERREIRA, ALMEIDA e SOARES, 2001).

Com relação ao estado civil dos participantes no presente estudo, 37,4% declarou ter algum tipo de relacionamento. Outros estudos com estudantes universitários revelam que a maioria, ou seja, acima de 75% da amostra se declara solteiro (CATUNDA & RUIZ, 2008; NEVES & DALGALARRONDO, 2007; CUNHA et al, 2005).

No que se refere à religião, as respostas indicaram que 76,8 % declara ter alguma religião. O resultado apontado pela pesquisa está de acordo com os achados de outros estudos, como por exemplo, a pesquisa de Neves e Dalgarrondo (2007) que revelou que 76% da amostra de universitários têm religião e com a pesquisa de Costa et al (2008) onde 86% dos estudantes referiram ter religião.

Quanto à variável sobre com quem o estudante mora, a mesma foi codificada em sozinho e acompanhado. Os resultados indicam que 17,1% dos participantes

moram sozinhos. Esta é uma característica bastante interessante, tendo em vista que boa parte dos estudantes universitários necessita deslocar-se de suas cidades para cursar uma universidade (COSTA E LEAL, 2008). Poucos estudos com universitários investigam esta variável, na pesquisa de Cunha et al (2005) apenas 6,4% dos participantes moravam sozinhos. Já o estudo realizado por Cerchiari, Caetano e Faccenda (2005) revelou que morar com a família favorece o bem-estar psicológico do estudante, enquanto que morar em república e pensionato são fatores de risco à saúde mental.

Com relação aos problemas de saúde, 70 (19,2%) dos participantes indicaram sofrer de alguma condição. As mais ocorrentes foram doenças respiratórias (asma, rinite), depressão/ansiedade, problemas de tireóide, de coluna, gástricos e condições crônicas como diabetes, enxaqueca, entre outros. Destes, quando questionados de forma aberta se relacionam o surgimento da doença relatada com algum evento de vida, 25 (35,7%) participantes responderam a questão e relacionaram com os seguintes eventos: dúvidas sobre o curso/pressão do vestibular, estresse na faculdade, depressão/estresse, separação dos pais/mudança de cidade, morte de amigo, entre outros.

Já com relação ao curso de graduação ser a sua primeira opção de escolha, 25,9% dos estudantes respondeu negativamente. Este dado é menor do que o encontrado na pesquisa de Costa e Leal (2008) e na pesquisa de Cerchiari, Caetano e Faccenda (2005), onde respectivamente 31,4% e 42% dos participantes, referem que o curso que estão não era a sua primeira opção.

Sobre as questões referentes à satisfação com o curso de graduação, 291 (79,5%) participantes relataram sentirem-se satisfeitos com o curso em que estão matriculados. Destes, 210 (57,22%) participantes qualificaram suas respostas: 189 (90%) referem que o curso atende as expectativas/realização pessoal, 14 (6,7%) referem que a sua área de atuação é promissora e 7 (3,3%) afirmam que trata-se de um bom curso/bons professores.

Ainda com relação à mesma pergunta, 75 (20,5%) participantes referiram não se sentirem satisfeitos com o curso em que estão matriculados. Destes, 71(19,34%) participantes elencaram os seguintes motivos: 26 (34,7%) afirmam que o curso não atende suas expectativas e/ou não era o curso que queria, 41(54,7%) percebem o curso como deficitário com relação ao conteúdo, professores e infra-estrutura, 4 (5,3%) não se sentem satisfeitos pois tem dúvidas quanto ao futuro profissional.

Os dados referidos acima sobre o curso de graduação revelam informações importantes sobre a satisfação dos alunos com sua escolha profissional. Outras pesquisas já se interessaram por este tema, como o estudo realizado por Ferreira, Almeida e Soares (2001) que revelou que 74,7% dos estudantes mostravam-se satisfeitos até o presente momento com o curso que frequentavam. Como mostra a Tabela 2, nosso estudo apresenta um percentual de 79,5% de satisfação com o curso escolhido.

A seguir, na Tabela 3 são apresentados os percentuais sobre satisfação com o curso, por unidade universitária

Tabela 3 - Distribuição percentuais por unidade universitária sobre a satisfação com o curso escolhido.

Unidade	O curso era primeira opção f (%)	Sente-se satisfeito com o curso escolhido f (%)
CEFD	13 (81,3)	10 (62,5)
CCSH	68 (75,6)	80 (89,9)
CCR	42 (77,8)	52 (96,3)
CCNE	37 (77,1)	35 (72,9)
CAL	20 (60,6)	20 (60,6)
CCS	43 (74,1)	47 (81,0)
CT	38 (82,6)	35 (76,1)
CE	11 (50,0)	12 (54,5)

É importante notar na Tabela 3 que a maior parte dos alunos dos 8 centros mostram-se satisfeito com o curso escolhido, bem como o mesmo era a sua primeira opção. Igualmente, nota-se que no Centro de Artes e Letras (CAL) esse percentual é significativamente menor que nos demais, e no Centro de Educação (CE) esses índices são ainda mais baixos. Um dado importante a ser notado é que o CAL e o CE apresentaram um índice maior de pessoas com sofrimento psíquico que os demais centros, conforme a tabela a seguir:

Tabela 4 - Frequências e percentuais de sofrimento psíquico em relação a unidade universitária

Unidade	QSG		p
	sem sofrimento psíquico	com sofrimento psíquico	
	f (%)	f (%)	
CEFD	8 (50%)	8 (50%)	
CCSH	54 (60%)	36 (40%)	
CCR	28 (51,9%)	26 (48,1%)	0,08
CCNE	24 (50%)	24 (50%)	
CAL	10 (30,3%)	23 (69,7%)	
CCS	32 (55,3%)	26 (44,8%)	
CT	25 (54,3%)	21 (45,7%)	
CE	7 (31,8%)	15 (68,2%)	

Embora as diferenças entre os centros não tenham apresentado significância estatística, os dados descritivos apresentam uma realidade relevante. Segundo estudo desenvolvido por Batista e Almeida (2002) alunos que frequentam cursos que correspondem a sua primeira opção apresentam uma percepção mais positiva tanto em relação ao curso quanto com relação as suas competências pessoais. Além disso, Rebelo e Lopes (2001) realizaram uma pesquisa com estudantes universitários que revelou que os alunos que estavam cursando a sua primeira opção de escolha apresentavam níveis de bem-estar psicológico significativamente superiores aqueles que cursavam sua segunda ou terceira opção de curso de graduação. Estes achados corroboram para a relevância dos resultados do nosso estudo, tendo em vista que aquelas unidades universitárias com maior sofrimento psíquico são também aquelas nas quais há menos alunos satisfeitos com sua escolha de curso de graduação, de acordo com a tabela 3. Ainda neste ponto vale ressaltar que o sofrimento psíquico atinge quase a metade dos participantes de cada centro, demonstrando uma realidade da amostra total que será apresentada no decorrer do trabalho.

3.4 Descrição geral dos instrumentos na amostra (N=367)

A seguir são apresentados os resultados obtidos através dos instrumentos utilizados neste estudo. Primeiramente, na tabela 5 estão descritos os resultados referentes ao Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (WHOQOL-bref).

Tabela 5 - Médias (μ) e desvio-padrão (dp) dos Domínios da Qualidade de Vida nos universitários (N=367).

WHOQOL-bref	μ	dp
Domínio físico	69,20	13,37
Domínio psicológico	64,82	14,71
Domínio social	69,14	17,17
Domínio meio ambiente	59,80	13,55

As médias apresentadas pelos participantes apontam que nenhum dos domínios atingiu um nível de excelência, sendo que o melhor desempenho foi alcançado nos domínios físico e social e o pior no domínio meio ambiente.

Nota-se que o domínio meio ambiente é o mais prejudicado, com apenas 59,80% de positividade. Este achado está de acordo com outros estudos que avaliaram a qualidade de vida de estudantes universitários e demonstraram que o este domínio é o mais prejudicado, variando entre 55% e 68,35% nos estudos de Ramos-Dias et al (2010), Catunda e Ruiz (2008), Costa et al (2008), Oliveira (2006), Cunha et al (2005) e Saupe et al (2004).

Cabe retomar que este domínio se refere à quão saudável é o meio ambiente dos participantes, ou seja, como é o clima, o barulho, a poluição e os atrativos nesse ambiente. Também diz respeito ao grau de satisfação com as condições onde moram e com o acesso aos serviços de saúde e meio de transporte.

No estudo desenvolvido por Costa et al (2008), os autores discutiram as variáveis envolvidas no resultado obtido no domínio meio ambiente (68,35 % de positividade) sendo este o mais baixo entre todos os domínios, e consideraram a faixa etária dos universitários, as dificuldades financeiras e o clima de violência relacionados com essa baixa média. Da mesma forma, o estudo de Cunha et al

(2005) também procurou apontar fatores relacionados a baixa média obtida no domínio meio ambiente (59,67% de positividade). Os autores sugerem que o resultado está relacionado aos estudantes terem deixado a casa dos seus pais em suas cidades de origem para viverem com amigos ou em repúblicas.

Já o domínio psicológico é o segundo com pior desempenho, 64,2% de positividade, sendo que se refere a experimentar sentimentos negativos, capacidade de concentração, auto-estima, entre outros. O estudo de Catunda e Ruiz (2008) ressalta que a vivência desses sentimentos negativos pode comprometer a saúde mental dos estudantes.

Quanto aos domínios físico e relações sociais, estes apresentaram as melhores médias no presente estudo bem como em outras pesquisas com estudantes universitários (COSTA et al, 2008; SAUPE et al, 2004). Esses resultados podem estar relacionados ao fato de se tratar, na sua maioria, de indivíduos saudáveis, jovens e que tem uma rede social consistente.

A seguir, na tabela 6 estão os resultados obtidos através do Questionário de Saúde Geral (QGS-12) que indica o nível de sofrimento psíquico dos indivíduos.

Tabela 6 - Resultados gerais do QSG na amostra total

QSG	f	%
Sem sofrimento psíquico	188	51,2
Com sofrimento psíquico	179	48.8
$\mu=3,17$ (dp=3,05)		

Como pode ser observado na tabela, a pontuação média da amostra foi de 3,17 pontos e desvio-padrão de 3,05 pontos, sendo a pontuação mínima zero e a máxima doze. Esse resultado indica, de acordo com o ponto de corte utilizado (≥ 3) e baseado no estudo original de Goldberg (1972), que a amostra apresenta uma pontuação indicativa de sofrimento psíquico merecedor de atenção.

Em termos de frequências e percentuais, os resultados se mostram ainda mais preocupantes, já que 48,8% dos participantes têm sofrimento psíquico merecedor de atenção. Cabe ressaltar que, em termos de números brutos, esta amostra representa o total de 11.707 alunos matriculados em 2008/2 na

universidade, e sendo assim, podemos considerar que há um número ainda maior de estudantes com sofrimento psíquico que merece atenção.

Outros estudos envolvendo estudantes universitários se ocuparam de investigar a saúde mental/bem-estar psicológico desta população (SAKAE, PADRÃO & JORNADA, 2010; FIGUEIREDO, 2009; NEVES & DALGALARRONDO, 2007; FUGERATO et al, 2006; CAVESTRO & ROCHA, 2006; CERCHIARI, CAETANO & FACCENDA, 2005; FACUNDES & LUDERMIR, 2005; ADLAF, 2001; GIGLIO, 1976).

O estudo desenvolvido por Sakae, Padrão e Jornada (2010) investigou a presença de sintomas depressivos em estudantes da área da saúde. A amostra foi composta por 1.039 alunos e o instrumento utilizado foi o Inventário de Depressão de Beck. Os resultados apontaram a presença de sintomas depressivos em 28,49% dos estudantes, e os autores destacam a prevalência de 13,3% em estudantes do curso de Psicologia.

Na pesquisa de Cavestro e Rocha (2006) foram entrevistados 342 estudantes. Os resultados apontaram uma taxa de prevalência de 10,5% para transtorno depressivo. Em contrapartida, o estudo de Fugerato et al (2006) com 242 estudantes de enfermagem revelou a prevalência de 20,2% de sintomas depressivos variando de leve a grave.

No estudo de Cerchiari, Caetano e Faccenda (2005) com 558 estudantes, que utilizou o General Health Questionnaire (GHQ-60), foi observada a prevalência de 25% de transtornos mentais menores. Além disso, o estudo revelou que os alunos de terceiro ano de curso de graduação demonstraram mais problemas de saúde mental, como tensão/estresse psíquico, falta de confiança na capacidade de desempenho, distúrbios do sono e distúrbios psicossomáticos. Nota-se que este achado, diz respeito ao mesmo período de curso de graduação investigado em nosso estudo.

Segundo a pesquisa de Figueiredo (2009) que realizou uma revisão bibliográfica sobre estudos que tratam da prevalência de sintomas de humor em populações universitárias, a mesma aponta que os dados oscilam de 2,7% a 45,5% em relação a prevalência de depressão, dependendo do estudo e dos instrumentos utilizados.

Observando a prevalência de 48,8% de sofrimento psíquico encontrada nesta pesquisa, os dados mais similares encontrados na literatura, indicam o estudo desenvolvido por Neves e Dalgalarrrondo (2007) que encontrou uma prevalência de

58% de transtorno mental em uma amostra de 1.290 estudantes a partir do instrumento M.I.N.I - Internacional Neuropsychiatric Interview, ressaltando que estudantes do gênero feminino apresentam mais queixas de sofrimento mental. Vale lembrar que um transtorno mental é um conjunto de sintomas estruturados no espaço e no tempo, que caracterizam um determinado quadro de adoecimento, o que difere substancialmente da ocorrência de sofrimento psíquico, o qual pode ser um indicativo da instalação de um transtorno no futuro caso não detectado precocemente.

Facundes e Ludermir (2005) investigaram a presença de transtornos mentais comuns em uma amostra de 443 estudantes universitários, utilizando o Self-Reporting Questionnaire (SRQ-20), e observaram a prevalência de 34,1%. O estudo também evidenciou que apresentar transtorno mental associou-se a não residir com os pais.

Um estudo mais antigo, porém relevante, foi desenvolvido em 1976 por Giglio (1976). O autor estudou 342 estudantes de diversos cursos de graduação e utilizou o GHQ-60, e seus resultados apontaram uma prevalência de 31,3% de sofrimento psíquico. Além disso, a pesquisa revelou que sentir que a universidade não estava correspondendo às expectativas e perceber o relacionamento com os pais como insatisfatório estava associado a apresentar maior sofrimento psíquico.

Nos Estados Unidos, a pesquisa de Adlaf (2001), que o utilizou o General Health Questionnaire (GHQ-12), mesmo instrumento utilizado no nosso estudo, encontrou 30% de sofrimento mental em uma amostra composta por 7.800 estudantes universitários canadenses, observando maior prevalência entre as mulheres.

A partir dos achados dos estudos apresentados e dos resultados indicados pela presente pesquisa, mostra-se necessário o desenvolvimento de projetos que visem o bem-estar dos estudantes universitários, a promoção de saúde mental, o diagnóstico e o tratamento precoce (CERCHIARI, CAETANO & FACCENDA, 2005).

O índice de consistência interna do QSG-12 nessa amostra foi dado pelo Alfa de Cronbach de 0,80, o mesmo encontrado no estudo de adaptação e validação da escala realizado por Borges e Argolo (2002).

Partindo para os resultados referentes à investigação das características relacionais da amostra, observamos na tabela a seguir os dados do BORRTI-O.

Tabela 7 - Resultados gerais do BORRTI-O

BORRTI-O	f	%
Fator alienação		
com patologia	64	17,4
sem patologia	303	82,6
Fator vinculação insegura		
com patologia	74	20,2
sem patologia	293	79,8
Fator egocentrismo		
com patologia	62	16,9
sem patologia	305	83,1
Fator incapacidade social		
com patologia	34	9,3
sem patologia	333	90,7

Respostas patológicas $\mu=11,25$ ($dp=5,69$)

Os resultados obtidos através do BORRTI-O sugerem que a amostra estudada, na sua maioria, não apresenta patologia nas relações objetais.

De acordo com os dados apresentados, pode-se observar que o fator vinculação insegura que diz respeito a - ter sofrimento nas experiências de relacionamento interpessoal; insegurança nos relacionamentos próximos expressa em forma de dependência; preocupações sobre ser aceito; desejo desesperado de proximidade; relacionamentos como busca de segurança; tentativas do outro de atingir uma identidade diferenciada são vistas como muito ameaçadoras - apresentou uma frequência um pouco maior de patologia em relação aos demais fatores. Esse fato pode estar relacionado com a etapa do desenvolvimento vivenciada por estes jovens, que compreende questões vitais como o estabelecimento de um sentido de identidade, o desenvolvimento de relações interpessoais mais maduras, a exploração de papéis sociais e as questões da intimidade (ALMEIDA & SOARES, 2003).

Cabe ressaltar que em amostras normais se espera que a maioria das pessoas, de fato, não possua patologia nas relações objetais. Ainda assim, há um percentual de pessoas com patologia nas relações que merece atenção.

De acordo com o estudo desenvolvido por Bruscato e Iacoponi (2000) que utilizou uma amostra de 218 estudantes de graduação em psicologia para a validação do inventário de relações objetais (BORRTI-O), os resultados obtidos indicaram que a porcentagem de estudantes com patologia nas relações nos quatro fatores permaneceu abaixo de 17%. Esse dado corrobora com os achados do nosso estudo, onde se pode observar, na tabela 6, que a porcentagem de sujeitos com patologia nas relações variou de 9,3% a 20,2% nos quatro fatores, com média de 15,9% de patologia.

Em pesquisa de doutorado sobre características relacionais em portadores de psoríase, realizada por Dias (2007), a autora utilizou como grupo controle uma amostra de estudantes universitários, na qual foi observada uma variação de patologia nas relações objetais de 8,8% a 23,5%, com média de 14,7%. Com relação às respostas patológicas, Dias (2007) apresentou uma média de 9,09 com desvio padrão de 4,79. Em contrapartida, nossa pesquisa apresenta uma média de 11,25 respostas patológicas com desvio padrão de 5,69.

Alguns autores ratificam a qualidade das relações familiares numa adaptação bem sucedida ao ensino superior (LOPEZ & BRENNAN, 2000). Estudos sugerem que jovens adultos com padrões seguros de vinculação demonstram melhores índices de adaptação psicológica, social e emocional ao ensino superior do que seus pares (BERNIER, LAROSE, & WHIPPLE, 2005; LAPSLEY & EDGERTON, 2002; WINTRE & YAFFE, 2000).

3.5 Estudos inferenciais e de correlação

Após a apresentação dos resultados descritivos seguem-se as análises inferenciais e de correlação do presente estudo. O primeiro ponto a ser apresentado diz respeito ao Questionário de Saúde Geral (QSG-12) que mede o nível de sofrimento psíquico e sua correlação com as questões referentes à opção do curso de graduação e a satisfação com o curso escolhido. Neste aspecto, houve

correlação muito fraca, porém altamente significativa entre sofrimento psíquico e o curso escolhido ser a primeira opção do estudante ($r^2=0,16$; $p=0,000$). Relembrando, 48,8% da amostra apresenta sofrimento psíquico merecedor de atenção, e 25,9% não estão matriculados no curso de primeira opção. Essa correlação toma força a partir do teste t que indica uma média de sofrimento psíquico de 2,90 ($dp=3,11$) entre os estudantes matriculados em sua primeira opção de curso (abaixo do ponto de corte ≥ 3) e uma média de 4,11 ($dp=3,33$) entre os estudantes não matriculados em sua primeira opção de curso ($p=0,001$). Esses dados indicam diferença estatisticamente significativa no índice de sofrimento psíquico de estudantes matriculados em sua primeira opção de curso e não matriculados em sua primeira opção.

Sobre a satisfação com o curso, houve correlação fraca e altamente significativa com o índice de sofrimento psíquico ($r^2=0,31$; $p=0,000$). O percentual de estudantes não satisfeitos com o curso foi de 20,5%. O teste t aponta uma diferença estatisticamente significativa no índice de sofrimento psíquico de estudantes satisfeitos e não satisfeitos com o curso em que estão matriculados. A média de sofrimento psíquico dos estudantes satisfeitos foi de 2,71 ($dp=2,82$), ficando abaixo do ponto de corte (≥ 3), e a média de sofrimento psíquico dos estudantes não satisfeitos foi de 5,18 ($dp=3,85$) com $p=0,000$.

Este resultado está de acordo com achados de outros estudos como o desenvolvido em Portugal por Rebelo e Lopes (2001), o qual revelou que os alunos que estavam cursando a sua primeira opção de escolha apresentavam níveis de bem-estar psicológico significativamente superiores aqueles que cursavam sua segunda ou terceira opção de curso de graduação.

A seguir, na tabela 8, são apresentados os índices de correlação entre os índices de sofrimento psíquico pelo QSG-12 e os índices de qualidade de vida pelo WHOQOL-bref.

Tabela 8 - Correlação de Pearson entre sofrimento psíquico e qualidade de vida.

WHOQOL-BREF	FÍSICO (r^2)	PSICOLÓGICO (r^2)	SOCIAL (r^2)	AMBIENTE (r^2)
QSG	- 0,48**	- 0,61**	- 0,43**	- 0,35**

** $p=0,0001$

Observa-se na tabela acima que os domínios do instrumento de qualidade de vida apresentaram correlação inversa, moderada e altamente significativa com o instrumento que avalia o nível de sofrimento psíquico. A indicação de inversão diz respeito às características dos instrumentos, pois enquanto o WHOQOL-bref tem melhor índice de qualidade de vida quanto maior a pontuação (mais próximo de 100), o QSG apresenta menor índice de bem-estar psicológico quanto maior a pontuação (mais próximo de 12), o que denota que os instrumentos correlacionaram-se corretamente.

Nesse sentido, pode-se notar que há correlação entre os índices de satisfação dos domínios da qualidade de vida e ter sofrimento psíquico, ou seja, pode-se pensar que quanto melhor a qualidade de vida nos domínios, menor o nível de sofrimento psíquico e vice-versa, o que já era esperado.

No estudo de Catunda e Ruiz (2008) que avaliou a qualidade de vida dos estudantes universitários, as autoras concluíram que a falta de níveis satisfatórios de qualidade de vida pode impactar negativamente a saúde mental dos estudantes, e também gerar dificuldades no processo de ensino-aprendizagem.

Prosseguindo com os resultados, na tabela 9 estão descritos os índices de correlação entre os valores médios de sofrimento psíquico dado pelo QSG-12 e características relacionais obtidas pelo BORRTI-O.

Tabela 9 - Correlação de Pearson entre sofrimento psíquico e características relacionais.

	BORRTI-O	alienação	vinculação insegura	egocentrismo	incapacidade social
		(r ²)	(r ²)	(r ²)	(r ²)
QSG		0,34**	0,33**	0,31**	0,19**

**p=0,0001

Como se pode observar há correlação fraca e altamente significativa ($p=0,0001$) entre os fatores de alienação, vinculação insegura, egocentrismo e o sofrimento psíquico, além de correlação muito fraca e altamente significativa ($p=0,0001$) entre o fator incapacidade social e sofrimento psíquico. De acordo com o teste de associação de chi-quadrado, podemos afirmar que existe significância estatística entre ter sofrimento psíquico e ter índices de patologia nas relações, como mostra a tabela a seguir.

Tabela 10 – Associação entre sofrimento psíquico e características relacionais

BORRTI-O	QSG		valor de p
	sem sofrimento f(%)	com sofrimento f(%)	
Fator alienação			
sem patologia	171 (56,4%)	132 (43,6%)	0,000
com patologia	17 (26,6%)	47 (73,4)	
Fator vinculação insegura			
sem patologia	167 (57%)	126 (43%)	0,000
com patologia	21 (28,4%)	53 (71,6%)	
Fator egocentrismo			
sem patologia	172 (56,4%)	133 (43,6%)	0,000
com patologia	16 (25,8%)	46 (74,2%)	
Fator incapacidade social			
sem patologia	179 (53,8%)	154 (46,2%)	0,002
com patologia	9 (26,5%)	25 (73,5%)	

A maior parte da amostra não apresenta sofrimento psíquico (51,2%) bem como a maioria não apresenta patologia nas relações (84,1%). Porém, há associação estatisticamente significativa entre ter sofrimento psíquico e ter patologia nas relações.

Por fim, na tabela 11, são apresentados os índices de correlação entre qualidade de vida pelo WHOQOL-bref e características relacionais pelo BORRTI-O.

Tabela 11 - Correlação de Pearson entre qualidade de vida e características relacionais.

WHOQOL-BREF	FÍSICO (r^2)	PSICOLÓGICO (r^2)	SOCIAL (r^2)	AMBIENTE (r^2)
BORRTI-O				
alienação	- 0,27**	- 0,40**	- 0,50**	- 0,24**
vinculação insegura	- 0,32**	- 0,42**	- 0,27**	- 0,26**
egocentrismo	- 0,26**	- 0,37**	- 0,36**	- 0,24**
incapacidade social	- 0,17**	- 0,21**	- 0,17**	- 0,09 ^{ns}

**p=0,0001

^{ns} = não significativo

Analisando os dados, podemos notar a ocorrência de correlações inversas na Tabela 12, que dizem respeito às características dos instrumentos, pois no WHOQOL-bref quanto maior a pontuação, melhor a qualidade de vida; e no BORRTI-O, quanto maior a pontuação mais patologia nas relações. Portanto, é esperado que quanto mais altos os índices de qualidade de vida, menores os índices de patologia nas relações, como ocorre em nossa amostra. As correlações foram de $r^2=-0,17$ a $r^2=-0,50$, variando de muito fracas a moderadas. Destaca-se a correlação moderada e altamente significativa entre o fator alienação do BORRTI-O e o domínio social do WHOQOL-bref. Dito de outra forma, o fator alienação, enquanto construto, indica distanciamento nas relações, falta de confiança e tendência a relações sociais superficiais, exatamente o oposto do que avalia o domínio social, que é a presença de rede e suporte social.

CONCLUSÃO

A partir do estudo realizado, pode-se considerar que, de acordo com o visto na revisão da literatura, os estudantes universitários se configuram como um grupo merecedor de especial atenção, pois estão vulneráveis a questões internas, próprias do seu período de desenvolvimento - como o estabelecimento de relações interpessoais mais maduras, a exploração de novos papéis sociais - e de fatores relativos ao contexto universitário como a escolha profissional e as exigências acadêmicas (ALEMIDA E SOARES, 2003; FERREIRA, ALMEIDA E SOARES, 2001).

Assim como alguns autores, salientamos a importância da atenção para a saúde dos jovens universitários, já que o período vivenciado na universidade pode gerar inúmeros conflitos e até mesmo desencadear transtornos, por se tratar de uma fase de transição, com muitas modificações na vida do indivíduo (ADEWUYA, 2006; EISENBERG ET AL, 2007).

Os principais achados do nosso estudo dizem respeito aos dados obtidos com o instrumento QSG-12, onde o resultado indica valores preocupantes, já que quase metade da amostra, 48,8% dos participantes, apresenta sofrimento psíquico merecedor de atenção. Ainda, sobre a satisfação dos estudantes com o curso de graduação, foi observado que 20,5% dos participantes não se sentem satisfeitos com o curso em que estão matriculados. Esses dados nos obrigam a refletir profundamente sobre essa população, e sobre o planejamento de estratégias de atenção.

Outro resultado importante diz respeito à qualidade de vida dos estudantes. As médias apresentadas pelos participantes apontam que nenhum dos domínios atingiu um nível de satisfação muito alto, sendo que o melhor desempenho foi alcançado nos domínios físico e social, com 69,20% e 69,14% de positividade, respectivamente, e o pior no domínio meio ambiente com 59,80% de positividade.

Os resultados sobre características relacionais obtidos através do BORRTI-O sugerem que a amostra estudada, na sua maioria, não apresenta patologia nas relações objetais. Contudo, cabe ressaltar que em amostras normais se espera que a maioria das pessoas, de fato, não possua patologia nas relações objetais. Ainda assim, a porcentagem de sujeitos com patologia nas relações variou de 9,3% a

20,2% nos quatro fatores com média de 15,9% de patologia, dado novamente merecedor de atenção, quando pensamos na representatividade do número, ou seja, quantidade de pessoas com algum tipo de patologia nas relações.

Além disso, vale ressaltar que todos os instrumentos se correlacionaram entre si de forma correta, portanto, podemos inferir que a qualidade de vida e as características relacionais tem influência sobre o bem-estar psicológico. Dessa forma, tendo em vista que as principais variáveis do estudo correlacionam-se, podemos observar indicativos de quais caminhos podem e devem ser trabalhados no sentido da melhoria de tais condições.

É importante ainda apontar algumas limitações do estudo, como o fato de ter sido realizado somente uma avaliação sem nenhuma intervenção, mesmo que não estivesse prevista nos objetivos, pois a seriedade dos dados encontrados nos coloca em posição de pensar que uma intervenção poderia ser benéfica a esta população. Para fins de uma futura e pontual intervenção, parece-nos interessante, num próximo momento, proceder a avaliação dos estudantes por centro ou curso – o que não era um objetivo central neste momento - com vistas a devolução dos resultados aos locais de coleta.

Por fim, esperamos que os dados levantados a partir desta pesquisa sirvam para aprofundar o conhecimento das questões relativas à saúde dos estudantes universitários. Ressaltamos a necessidade de um olhar atento dirigido aos estudantes e as suas dificuldades, tanto de ordem interna quanto externa, e a importância da criação de projetos e programas, por parte das instituições, de atendimento integral ao aluno, com vistas à prevenção e promoção da saúde no contexto universitário.

REFERÊNCIAS

- ADEWUYA, A. O. Prevalence of major depressive disorder in Nigerian college students with alcohol-related problems. **General Hospital Psychiatry**, v.28, p.169 - 173, 2006.
- ADLAF, E. M. et al. The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: findings from the 1998 Canadian Survey. **Journal of American College Health**, v.50, n. 2, p.67-72, 2001.
- ALMEIDA, L. S. et al. Dificuldades de adaptação e de realização acadêmica no ensino superior: análise de acordo com as escolhas vocacionais e o ano de curso. *Revista Galeco-Portuguesa de Psicología e Educación*, v.2, n.2, p.41-48, 1998.
- ALMEIDA, L. S.; SOARES, A. C.; FERREIRA, J. A. Questionário de Vivências Acadêmicas (QVA-r): avaliação do ajustamento dos estudantes universitários. **Aval. Psicológica**, vol.1, n.2, pp. 81-93, 2002.
- ALMEIDA, L. S.; SOARES, A. P. Os estudantes universitários: sucesso escolar e desenvolvimento psicossocial. In: MERCURI, E.; POLYDORO, S. A. J. (Orgs.). **Estudante universitário: características e experiências de formação**. Taubaté: Cabral, 2003.
- ALVARO, J. L. **Desempleo y bienestar psicológico**. Madrid: Siglo XXI, 1992.
- ALVES, H. J.; BOOG, M. C. F. Comportamento alimentar em moradia estudantil: um espaço para promoção da saúde. **Rev. Saúde Pública**, vol.41, n.2, pp. 197-204, 2007.
- ALVES, A. S.; LOPES, M. H. M.B. Conhecimento, atitude e prática do uso de pílula e preservativo entre adolescentes universitários. **Rev. bras. enfermagem**, vol.61, n.1, pp. 11-17, 2008.
- ALVES, A. S.; LOPES, M. H. B. M. Uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes universitários. **Rev. bras. enfermagem**, vol.61, n.2, pp. 170-177, 2008.
- AMORIM, A. V. C. et al. Álcool e alcoolismo: estudo de prevalência entre discentes do curso de Medicina da UNIFENAS em Belo Horizonte e Minas Gerais. **Rev. méd. Minas Gerais**, v.18, n.1, p.16-23, 2008.
- ANDRADE, A. P. A. et al. Prevalência e características do tabagismo em jovens da Universidade de Brasília. **J. bras. Pneumologia**, vol.32, n.1, pp. 23-28, 2006.

ANDRADE, A. M. J.; TEIXEIRA, M. A. P. Adaptação à universidade de estudantes internacionais: um estudo com alunos de um programa de convênio. **Rev. bras. orientac. profissional**, vol.10, n.1, pp. 33-44, 2009.

ARAÚJO, L. F.; GONTIES, B.; NUNES JUNIOR, J. Representações sociais da cocaína: estudo comparativo entre universitários das áreas de saúde e jurídica. **Estudos em Psicologia (Campinas)**, v.23, n.3, p.315-323, 2007.

ARGOLO, J. C. T.; ARAUJO, M. A. D. O impacto do desemprego sobre o bem-estar psicológico dos trabalhadores da cidade de Natal. **Rev. adm. Contemporânea**, vol.8, n.4, p. 161-182, 2004.

ASTIN, A. **What matters in college?** Four critical years revised. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1993.

ATTALE, C.; CONSOLI, S. Intérêt du concept d'attachement en médecine somatique. **La Presse Médicale**, v. 34, n. 1, p. 42-48, 2005.

AVILA, L. A. Saúde Mental: uma questão de vínculos. **Revista SPAGESP**, Ribeirão Preto, v.4, n.4, p. 69-76, dez. 2003.

AZEVEDO, A. S.; FARIA, L. **Experiências de transição acadêmica**: Qualidades psicométricas de um questionário para o contexto universitário. Trabalho apresentado na X Conferência Internacional - Avaliação Psicológica: Formas e Contextos. Braga, Portugal: Psiquilíbrios, 2004.

BANDEIRA, M. et al. Comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, locus de controle e auto-estima em estudantes universitários. **Estud. psicol. (Campinas)**, vol.22, n.2, pp. 111-121, 2005.

BARDAGI, M. P.; HUTZ, C. S. "Não havia outra saída": percepções de alunos evadidos sobre o abandono do curso superior. **Psico-USF**, v. 14, n.1, p.95-105, 2009.

BATISTA, R. G. R.; ALMEIDA, L. S. Desafios da transição e vivências acadêmicas: análise segundo a opção de curso e mobilidade. In: POUZADA, A. S.; ALMEIDA, L. S.; VASCONCELOS, R. M. (Eds.). **Contextos e dinâmicas da vida acadêmica**. Guimarães: Universidade do Minho, 2002.

BAYRAM, N.; BILGEL, N. The prevalence and socio-demographic correlations of depression, anxiety and stress among a group of university students. **Social Psychiatric Epidemiology**, v.43, p. 667 – 672, 2008.

BERNIER, A.; LAROSE, S.; WHIPPLE, N. Leaving home for college: A potentially stressful event for adolescents with preoccupied attachment patterns. **Attachment & Human Development**, v. 7, n.2, p. 171-185, 2005.

BLOOM, B. L. **Health Psychology: A psychosocial perspective**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1988.

BOHRY, S. **Crise Psicológica do Universitário e trancamento geral de matrícula por motivo de saúde**. 2007. 217f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade de Brasília, Brasília, 2007.

BORGES, L. O.; ARGOLO, J. C. T. Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. **Avaliação Psicológica**, v. 1, p. 17-27, 2002.

BRANNON, L.; FEIST, J. **Psicología de la salud**. Madrid: Paraninfo Thomsom Learning, 2001.

BRUSCATO, W. **Tradução, validade e confiabilidade de um inventário de avaliação de relações objetais (BORRTI-Forma O)**. 1998. 152f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1998.

BRUSCATO, W.; IACOPONI, E. Validade e confiabilidade da versão brasileira de um inventário de avaliação de relações objetais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 22, n. 4, p.172-177, 2000.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 163-177, 2000.

CALAIS, S. L. et al. Stress entre calouros e veteranos de jornalismo. **Estud. psicol. (Campinas)**, vol.24, n.1, pp. 69-77, 2007.

CALVETTI, P. U.; SILVA, L.; GAUER, G. J. C. Psicologia da saúde e criança hospitalizada. **Psic – Revista de Psicologia da Vetor Editora**, v.9, n.2, p. 229-234, 2008.

CAMARANO, A. A. et al. A transição para a vida adulta: novos ou velhos desafios? **Boletim de Mercado – conjuntura e análise**, Rio de Janeiro, v.21, p. 53-66, 2003.

CANAVARRO, M.C. **Relações Afectivas e Saúde Mental**. Coimbra: Quarteto Editora, 1999.

CANUTO, M. H. A.; FERREIRA, R. A.; GUIMARÃES, E. M. B. Uso e abuso de drogas ilícitas por jovens do 1º ano da Universidade Federal de Goiás. **Rev. paul. pediatria**, v. 24, n. 2, p.135-142, 2006.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G. Preditores da Síndrome de Burnout em estudantes universitários. **Pensam. Psicol**, v.4, n.10, p.101-109, 2008.

CARLOTTO, M. S.; NAKAMURA, A. P.; CÂMARA, S. G. Síndrome de Burnout em estudantes universitários da área da saúde. **Psico (Porto Alegre)**, v. 37, n.1, p.57-62, 2006.

CATUNDA, M. A. P.; RUIZ, V. M. Qualidade de vida de universitários. **Pensamento Plural**, v. 2, n.1, p.22-31, 2008.

CAVESTRO, J. M.; ROCHA, F. L. Prevalência de depressão entre estudantes universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v.55, n.4, p.264-267, 2006.

CERCHIARI, E. A. N.; CAETANO, D.; FACCENDA, O. Utilização do serviço de saúde mental em uma universidade pública. **Psicologia Ciência e Profissão**, vol.25, n.2, pp. 252-265, 2005.

CERCHIARI, E. A. N. **Saúde Mental e Qualidade de Vida em estudantes universitários**. 2004. 283f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

CHANDLER, R. A. et al. A new US-UK diagnostic project: mood elevation and depression in first-year undergraduates at Oxford and Stanford universities. **Acta Psychiatry Scandinavia**, v.118, p81-85, 2008.

CHIAPETTI, N.; SERBENA, C. A. Uso de álcool, tabaco e drogas por estudantes da área de saúde de uma universidade de Curitiba. **Revista Reflexão e Crítica**, v. 20, n. 2, p.303-313, 2007.

CIECHANOWSKI, P. S.; KATON, W. J.; RUSSO, J. E.; DWIGHT-JOHNSON, M. M. Association of Attachment Style to Lifetime Medically Unexplained Symptoms in Patients With Hepatitis C. **Psychosomatics**, v. 43, n. 3, p. 206-212, 2000.

CIECHANOWSKI, P. S.; KATON, W. J.; RUSSO, J. E.; WALKER, E. A. The Patient-Provider Relationship: attachment Theory and Adherence to Treatment in Diabetes. **The American Journal of Psychiatry**, v. 158, n. 1, p. 29-35, 2001.

COLARES, V.; FRANCA, C.; GONZALEZ, E. Conduitas de saúde entre universitários: diferenças entre gêneros. **Cad. Saúde Pública**, vol.25, n.3, p. 521-528, 2009.

COORDENADORIA DE PLANEJAMENTO INFORMACIONAL – COPLIN – Pró-Reitoria de Planejamento. **UFSM em números 2008**, 2009.

COSTA, S. E.; LEAL, I. Um olhar sobre a saúde psicológica dos estudantes do ensino superior – avaliar para intervir. **Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde**. 2008, Porto: Universidade do Porto. 2008.

COSTA, L. C.; ROSA, M. I.; BATTISTI, I. D. E. Prevalence of condom use and associated factors in a sample of university students in southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, vol.25, n.6, p. 1245-1250, 2009.

COSTA, C. et al . Qualidade de vida e bem-estar espiritual em universitários de Psicologia. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, 2008.

COSTA, L. C.; ROSA, M. I.; BATTISTI, I. D. E. Prevalência e fatores associados ao uso de preservativos masculinos entre universitários no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol.25, n.6, pp. 1245-1250, 2009.

COUTINHO, M. P. L.; ARAUJO, L. F.; GONTIES, B. Uso da maconha e suas representações sociais: estudo comparativo entre universitários. **Psicol. Estudo**, vol.9, n.3, pp. 469-477, 2004.

CROSSLEY, M. **Rethinking health psychology**. Buckingham: Open University Press, Health Psychology, 2000.

CUNHA, F. S. et al. Qualidade de vida em alunos do 1º ano do curso de psicologia. **Revista da Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro**, v. 9.2, n. 1, p. 164-169, 2005.

DIAS, H. Z. J. et al. Relações visíveis entre pele e psiquismo: um entendimento psicanalítico. *Revista Psicologia Clínica*, v. 19, n.2, p.23-34, 2007.

DUARTE, P. C. A. V. **Uso intenso de álcool e outros comportamentos de risco à saúde entre estudantes universitários da Pontifícia Universidade Católica do Paraná**. 2005. 102f. Tese (Doutorado em Fisiopatologia Experimental) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

EISENBERG, D. et al. Prevalence and correlates of depression, anxiety, and suicidality among university students. *American Journal of Orthopsychiatry*, v.77, n.4, p.534-542, 2007.

ERIKSON, E. **Identidade, Juventude e Crise**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1976.

FACUNDES, V. L. D.; LUDERMIR, A. B. Common mental disorders among health care students. *Rev Bras Psiquiatria*, v. 27, n. 3, p.194, 2005.

FALCÃO, V. T. F. L.; MIRANDA, M. L.; SILVA, R. M. C. Prevalência de obesidade e sobrepeso entre os universitários do campus de saúde da Universidade de Pernambuco. *Revista Rene*, v. 8, n. 3, p.17-25, set.-dez. 2007.

FALLA, P. M. G., FERRAND, P. A. S., Prevalência de sintomatologia depressiva: en una población de la universidad militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia. *Revista Facultad Medicina Universidad Nacional Colombia*, v.54, n.2, p.76-85, 2006.

FERNANDES, E. et al. Dilemas implicativos e ajustamento psicológico. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, v. 5, n. 2, p. 285-304, 2005.

FERRAZ, M. F.; PEREIRA, A. S. A dinâmica da personalidade e o homesickness (saudades de casa) dos jovens estudantes universitários. *Psicologia, Saúde & Doença*, v.3, n.2, p.149-164, 2002.

FERREIRA, J. A.; ALMEIDA, L. S.; SOARES, A. P. S. Adaptação acadêmica em estudante do 1º ano: diferenças de gênero, situação de estudante e curso. *Psico-USF*, v.6, n.1, p.01-10, jan./jun. 2001.

FERREIRA, C. L. et al. Universidade, contexto ansiogênico? Avaliação de traço e estado de ansiedade em estudantes do ciclo básico. *Ciênc. saúde coletiva*, vol.14, n.3, pp. 973-981, 2009.

FERREIRA, V. M.; SOUSA FILHO, E. A. Maconha e contexto familiar: um estudo psicossocial entre universitários do Rio de Janeiro. **Psicol. Social**, vol.19, n.1, pp. 52-60, 2007.

FIGUEIREDO, R. M.; OLIVEIRA, M. A. P. Necessidades de estudantes universitários para implantação de um serviço de orientação e educação em saúde mental. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 3, n. 1, p. 5-18, 1995.

FIGUEIREDO, A. L. **Prevalência de sintomas do humor em uma população de alunos de uma universidade privada no município de Porto Alegre**. 2009. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2009.

FLECK, M. et al. Desenvolvimento da Versão em Português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista de Psiquiatria**, v. 21, n. 1, p.17-28, 1999.

FLECK, M. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000.

FONSECA, A. A. et al. Representações sociais de universitários de psicologia acerca da maconha. **Estudo em Psicologia (Campinas)**, v. 24, n.4, p.441-449, 2007.

FONTES, A. C. D.; VIANNA, R. P. T. Prevalência e fatores associados ao baixo nível de atividade física entre estudantes universitários de uma universidade pública da região Nordeste - Brasil. **Rev. bras. Epidemiologia**, vol.12, n.1, p. 20-29, 2009.

FRANCA, C.; COLARES, V. Estudo comparativo de condutas de saúde entre universitários no início e no final do curso. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, 2008.

FREIRE, H. B.G.G.O. **Saúde mental, qualidade de vida e estratégias de coping em estudantes universitários da cidade de Campo Grande – MS**. 2006, 243p. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

FUGERATO, A. R. F. et al. Depressão e auto-estima entre acadêmicos de enfermagem. **Revista Psiq. Clínica**, v.33, n. 5, p. 239-244, 2006.

FUREGATO, A. R. F.; SANTOS, J. L. F.; SILVA, E. C. Depression among nursing students associated to their self-esteem, health perception and interest in mental health. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, vol.16, n.2, pp. 198-204, 2008.

GIGLIO, J. S. **Bem Estar Emocional em Universitários: Um Estudo Preliminar**. 1976. 188f. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 1976.

GIOIA-MARTINS, D.; ROCHA JR., A. **Psicologia da saúde e o novo paradigma: novo paradigma?** Trabalho apresentado na mesa redonda Psicologia Clínica e Saúde Pública, no I Congresso de Psicologia Clínica. Universidade Presbiteriana Mackenzie. 14 e 18 de maio de 2001. São Paulo.

GOLDBERG, D. P. **The detection of psychiatric illness by questionnaire**. London: Oxford University Press, 1972.

GOMES, V. M.; SILVA, M. J. P.; ARAUJO, E. A. C. Efeitos gradativos do toque terapêutico na redução da ansiedade de estudantes universitários. **Rev. bras. Enfermagem**, vol.61, n.6, p. 841-846, 2008.

GRECCHI, D. **Saúde mental em sala de aula: a percepção de professores universitários**. 2009, 214f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) - Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2009.

GUEDES, D.P.; SANTOS, C. A.; LOPES, C. C. Estágios de mudança de comportamento e prática habitual de atividade física em universitários. **Rev. bras. cineantropom. desempenho humano**, v. 8, n. 4, 2006.

GUIERRAS, A. F.; BAYÉS, R. Desarrollo de un instrumento para la medida de la calidad de vida en enfermedades crónicas. In: FORNS, M.; ANGUERA, M. T. (Org.) **Aportaciones recientes a la evaluación psicológica**. Barcelona: Universitat, 1993. p.175-95.

HOEYMANS, N. et al. Measuring mental health of the Dutch population: A comparison of the GHQ-12 and the MHI-5. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 2, 2004.

HOLTZMAN, W. H. et al. Psicología y salud: contribuciones de La psicología al mejoramiento de la salud y la atención primaria. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, v.105, p.245-282, 1988.

IGUE, E. A.; BARIANI, I. C. D.; MILANESI, P. V. B. Vivência acadêmica e expectativas de universitários ingressantes e concluintes. **Psico-USF**, v.13, n.2, p.155-164, jul./dez, 2008.

JESUS, S. N. Psicologia da saúde e bem-estar. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 14, n.2, p. 126-135, 2006.

KAWAKANE, P. M. G.; MIYADAHIRA, A. M. K. Qualidade de vida em estudantes de graduação em enfermagem. **Revista da escola de enfermagem UPS**, São Paulo, v.39, n.2, p.164-172, 2005.

KEEF, F., BLUMENTHAL, J. Health Psychology: what will the future bring? **Health Psychology**, Washington, v.23, n.2, p.156-157, 2004.

LABIAK, V. B. et al. Fatores de exposição, experiência no trânsito e envolvimento anteriores em acidentes de trânsito entre estudantes universitários de cursos na área da saúde, Ponta Grossa, PR, Brasil. **Saúde e Sociedade**, vol.17, n.1, pp. 33-43, 2008.

LAPSLEY, D. K.; EDGERTON, J. Separation-individuation, adult attachment style and college adjustment. **Journal of Counseling and Development**, v.80, p.485-493, 2002.

LARANJEIRA, C. A. Tradução e validação portuguesa do revised life orientation test (LOT-R). **Univ. Psychol.**, vol.7, no.2, p.469-476, 2008.

LEITÃO, L. M.; PAIXÃO, M. P. Contributos para um modelo integrado de orientação escolar e profissional no ensino superior. **Psicologia: Teoria, Investigação e Prática**, v.1, p.191-209, 1999.

LEITE, M. T. F. et al. Saber e prática contraceptiva e prevenção de DST/HIV/AIDS em universitários da área da saúde. **Rev. bras. enfermagem**, vol.60, n.4, pp. 434-438, 2007.

LEPLÈGE, A.; RUDE, N. The importance of patient's own view about their quality of life. **AIDS**, v.9, p. 1108 –1109, 1995.

LIMA, M. S. et al. Epidemiologia do transtorno bipolar. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v.32, p.15-20, 2005.

LOCH, M. R. et al. Perfil da aptidão física relacionada à saúde de universitários da Educação Física Curricular. **Rev. bras. cineantropom. desempenho humano**, v. 8, n. 1, 2006.

LOPEZ, F. G.; BRENNAN, K. A. Dynamic processes underlying adult attachment organization: Toward an attachment theoretical perspective on the healthy and effective self. **Journal of Counseling Psychology**, v. 47, p. 283–301, 2000.

LUCAS, A. C. S. et al. Uso de psicotrópicos entre universitários da área da saúde da Universidade Federal do Amazonas, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, vol.22, n.3, pp. 663-671, 2006.

LUZ, M. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v.1, n.1, p. 77-96, 1991.

MARCONDELLI, P.; COSTA, T. H. M.; SCHMITZ, B. A. S. Nível de atividade física e hábitos alimentares de universitários do 3º ao 5º semestres da área da saúde. **Revista de Nutrição**, vol.21, n.1, pp. 39-47, 2008.

MARDEGAN, P. S. et al. Uso de substâncias psicoativas entre estudantes de enfermagem. **J. bras. psiquiatria**, vol.56, n.4, pp. 260-266, 2007.

MARTIN, A.J.; STOCKLER, M. Quality of life assessment in health care research and practice. **Evaluation & Health Professions**, v. 21, n.2, p.141-156, 1998.

MASSUD, M.; BARBOSA, G. A.; GOUVEIA, V. G. Indicadores de Saúde Mental. In: BARBOSA, G. A. et al; (Coord.). **A Saúde dos Médicos no Brasil**. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2007. Cap. 8, p.143 – 158.

MATARAZZO, J. D. Behavioral Health and Behavioral Medicine. **American Psychologist**, vol.35, p.807-817, 1980.

MATTA, A.; BIZARRO, L.; REPPOLD, C. T. Crenças irracionais, ajustamento psicológico e satisfação de vida em estudantes universitários. **Psico-USF**, vol.14, n.1, p.71-81, 2009.

MAUDNER, R.G.; HUNTER, J. Attachment and psychosomatic medicine: developmental contributions to stress and disease. **Psychosomatic Medicine**, v.63, p. 556-67, 2001.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. saúde coletiva**, vol.5, n.1, p. 7-18, 2000.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conferência Nacional de Saúde. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**, Brasília, 1986.

MOWBARY, C. T. et al. Campus mental health services: recommendations for change. **Am J Orthopsychiatry**, v. 2, p. 226-37, 2006.

MUSSOLIN, N. M. A automedicação: um estudo entre universitários de enfermagem e de relações públicas. 2004. 97 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Instituto de Pesquisa, São Paulo, 2004.

OGDEN, J. **Psicologia da Saúde**. Lisboa: Climepsi Editores, 2000.

OLIVEIRA, R. A.; CIAMPONE, M. H. T. A universidade como espaço promotor de qualidade de vida: vivências e expressões dos alunos de enfermagem. **Texto, Contexto Enfermagem**, v.15, n. 2, p.254-261, 2006.

OLIVEIRA, J. A. C. Qualidade de vida e desempenho acadêmico de graduandos. 2006. 245f. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006.

OLIVEIRA, L. G. et al . Drug consumption among medical students in São Paulo, Brazil: influences of gender and academic year. **Rev. Bras. Psiquiatria**, v. 31, n. 3, 2009.

PACCHIEROTTI, C.; BOSSINI, L.; CASTROGIOVANNI, A.; PIERACCINI, F.; SORECA, I.; CASTROGIOVANNI, P. Attachment and panic disorder. **Psychopathology**, v. 35, n. 6, p. 347-354, 2002.

PACHANE, G. G. A experiência universitária e sua contribuição ao desenvolvimento pessoal do aluno. In: MERCURI, E.; POLYDORO, S. A. J. (Orgs.). **Estudante universitário: características e experiências de formação**. Taubaté: Cabral, 2003.

PASQUALI, L. ET AL. Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG): adaptação brasileira. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.10, p.421-437, 1994.

PEREIRA, A. S. **Comportamentos e saúde em alunos universitários**: viabilidade da aplicação do HBSC ao ensino superior. In: D@ES – Docência e aprendizagem no

ensino superior. Março, 2006. Disponível em:
<<http://www.dce.ua.pt/leies/daes/artigos.htm>>. Acesso em: outubro, 2010.

PEREIRA, A.M.S. & RAMOS, S. Promoção dos estilos de vida saudável em contexto académico. In: **Actas do Congresso International Interfaces da Psicologia**, vol II, Évora: Universidade de Évora, pp. 229-237, 2000.

PEREIRA, A. M. S.; SILVA, C. **Quality of life in the academic context:** Contributions to the promotion of students 'health behaviours. In: 10th Biennial Conference of International Study Association on Teachers and Teaching, 21 a 25 de Setembro de 2001, Universidade de Algarve. Faro, p. 21, 2001.

PEREIRA, A. M. S. et al. **Educação para a Saúde e Bem-Estar:** Avaliação de um programa de Intervenção no Ensino Superior. 2005. In: *d@es – docência e aprendizagem no ensino superior*. Disponível em:
<http://webct2.ua.pt/public/leies/daes_artigos.htm>. Acesso em outubro, 2010.

PEREIRA, A. M. S. et al. Sucesso e desenvolvimento psicológico no Ensino Superior: Estratégias de intervenção. **Análise Psicológica**, vol.24, n.1, p.51-59. jan. 2006.

PEREIRA, D. S. et al. Uso de substâncias psicoativas entre universitários de medicina da Universidade Federal do Espírito Santo. **J. bras. Psiquiatria**, vol.57, n.3, pp. 188-195, 2008.

PIROTTA, K. C. M.; SCHOR, N. Intenções reprodutivas e práticas de regulação da fecundidade entre universitários. **Rev. Saúde Pública**, vol.38, n.4, pp. 495-502, 2004.

POLYDORO, S. A. J. **O trancamento de matrícula na trajetória acadêmica do universitário: condições de saída e de retorno à instituição**. 2000. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade de Campinas, Campinas, 2000.

PORTUGAL, F. B. et al. Uso de drogas por estudantes de Farmácia da Universidade Federal do Espírito Santo. **J. bras. psiquiatria**, vol.57, n.2, pp. 127-132, 2008.

RABELO, S. T. et al. Gravidez e DST: práticas preventivas entre universitários. **DST Jornal Brasileiro de doenças sexualmente transmissíveis**, v. 8, n. 2, p.148-155, 2006.

RAMOS-DIAS, J. C. et al. Qualidade de vida em cem alunos do curso de Medicina de Sorocaba – PUC/SP. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.34, n1, p.116-123, 2010.

REBELO, H.; LOPES, H. **Vivências académicas e bem-estar psicológico dos alunos do primeiro ano**: resultados de um projecto de investigação. Porto: Universidade do Porto, 2001.

REMOR, E. Psicologia da Saúde: apresentação, origens e perspectivas. **Revista Psico**, Porto Alegre, v.30, n.1, p.205-217, 1999.

RESAPES. **A Situação dos Serviços de Aconselhamento Psicológico no Ensino Superior em Portugal**. Vol. 1, 2 e 3. Lisboa: RESAPES, 2002.

RIBEIRO, J. **Psicologia e saúde**. Lisboa: ISPA, 1998.

RIBEIRO, J. L. P. **O importante é saúde: estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde – SF36**. Lisboa: Fundação Merck Sharp & Dohme, 2005.

RIBEIRO-NUNES, S. M. et al. Dança Folclórica e Caminhada: Um Estudo Comparativo do Gasto Calórico de Universitários. **Rev. salud pública**, vol.9, n.4, pp. 506-515, 2004.

RODRIGUES, E. S. R.; CHEIK, N. C.; MAYER, A. F. Nível de atividade física e tabagismo em universitários. **Rev. Saúde Pública**, vol.42, n.4, pp. 672-678, 2008.

RONDINA, R. C. et al. Um estudo comparativo entre características de personalidade de universitários fumantes, ex-fumantes e não-fumantes. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, vol.27, n.2, pp. 140-150, 2005.

RUFINO NETTO, A. Qualidade de vida: compromisso histórico da epidemiologia, pp.11-18. In: LIMA, M. F. L.; COSTA; SOUSA, R.P. (Orgs.). **Qualidade de Vida: Compromisso Histórico da Epidemiologia**. Coopmed/ Abrasco, Belo Horizonte, 1994.

RYFF, C.D.; KEYES, C. L. M. The structure of psychological well being revisited. **Journal of Personality and Social Psychology**, v.69, p.719 – 727, 1995.

SAKAE, T. M.; PADRÃO, D. L.; JORNADA, L. K. Sintomas depressivos em estudantes da área da saúde em uma Universidade no Sul de Santa Catarina – UNISUL. **Revista da AMRIGS**, v.54, n. 1, p.38-43, 2010.

SANTOS, J. S. et al. Consumo de produtos de origem animal por universitários em Santa Maria - RS. **Nutrire Rev. Soc. Bras. Aliment. Nutrição**, v. 31, n.2, p.13-24, 2006.

SANTOS, T. M. et al. Aplicação de um instrumento de avaliação do grau de depressão em universitários do interior paulista durante a graduação em Enfermagem. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. Maringá, v. 25, n.2, p.171-176, 2003.

SANTOS, E. S.; FERREIRA, J. A. **College-to-work transition: Expectations and realities**. Comunicação apresentada na American Psychological Convention, Boston, 1999.

SAUPE, R. et al. Qualidade de vida dos acadêmicos de enfermagem. **Revista Latino-am Enfermagem**, v.12, n.4, p.636-642, 2004.

SAUREL-CUBIZOLLES, M. J. et al. Unemployment and psychological distress on year alter childbirth in France. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v.54, p.185-191, 2000.

SCARDOVI, A. et al. Improving psychiatric interview skills of established GPs: Evaluation of a group training course in Italy. **Family Practice**, v. 20, p. 363-369, 2003.

SEGRE, M.; FERRAZ, F. C. O conceito de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.31, n.5, p.538-542, 1997.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**, vol.20, n.2, p. 580-588, 2004.

SILVA, G. S. F. et al. Avaliação do nível de atividade física de estudantes de graduação das áreas saúde/biológica. **Rev Bras Med Esporte**, vol.13, n.1, pp. 39-42, 2007.

SILVA, A. O. et al. Tabaco e saúde no olhar de estudantes universitários. **Rev. bras. enfermagem**, vol.61, n.4, pp. 423-427, 2008.

SILVA, R. A et al . Bem-estar psicológico e adolescência: fatores associados. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 5, p. 1113-1118, 2007.

SIQUEIRA, M. M. M.; PADOVAM, V. A. R. Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.24, n.2, p.201-209, 2008.

SLEVIN, M.L. et al. Who should measure quality of life, the doctor or the patient? **Br J Cancer**, v. 57, p.109-112, 1988.

SPARRENBERGER, F.; SANTOS, I.; LIMA, R. C. Associação de eventos de vida produtores de estresse e mal-estar psicológico: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. 249-58, 2004.

SPIANDORELLO, W. P. et al. Avaliação da participação de pequeno número de estudantes universitários em um programa de tratamento do tabagismo. **J. bras. pneumol.**, vol.33, n.1, pp. 69-75, 2007.

STALMAN, W. A. B.; VAN ESSEN, G. A.; VAN DER GRAAF, Y. Determinants for the course of acute sinusitis in adult general practice patients. **Postgraduate Medical Journal**, v. 77, p. 778-782, 2001.

STEPTOE, A. et al. Depressive symptoms, socio-economic background, sense of control, and cultural factors in university students from 23 countries. **International Journal of Behavior Medicine**, v.14, n.2, p.97-107, 2007.

STOCCO, C. et al. Comportamentos de risco no trânsito entre estudantes universitários em Ponta Grossa-PR, 2005,. **Cogitare Enfermagem**, v.12, n.1, p. 20-29, 2007.

STONE, G. C. An international review of the emergence and development of health psychology. In: JANSEN, M.; WEINMAN, J. (Eds.). **The International development of Health Psychology**. Churchill: Harwood Academic Publishers, 1991. p. 3-18.

STONE, G. C. Psychology and health system. In: STONE, G.C.; COHEN, F.; ADLER, N. E. (Eds.). **Health Psychology**. San Francisco: Jossey-Bass, 1979. p. 47-75.

STRAUB, R. **Psicologia da Saúde**. Porto Alegre: ARTMED, 2005.

TAVEIRA, M. C. et al. In: SOARES, A. P.; OSÓRIO, A.; CAPELA, J. V.; ALMEIDA, L. S.; VASCONCELOS, L. M.; CAIRES, S. (Eds.), **Transição para o ensino superior**. Braga: Universidade do Minho, Conselho Académico, 2000.

TEIXEIRA, M. A. P.; CASTRO, G. D.; PICOLLO, L. R. Adaptação à universidade em estudantes universitários: um estudo correlacional. **Interação em Psicologia**, v.11, n.2, p. 221-220, 2007.

TEIXEIRA, R. C. **Qualidade de vida e Eficácia adaptativa em estudantes universitários**. 2008. 91f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde). Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2008.

TEIXEIRA, J. A. C. Psicologia da Saúde. **Análise Psicológica**, v.3, n.22, p.441-448, 2004.

TROISI, A.; MASSARONI, P.; CUZZOLARO, M. Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. **The British Journal of Clinical Psychology**, v. 44, p. 89-97, 2005.

VEENHOVEN, R. Questions on happiness; classical topics, modern answers, blindspots. In: STRACK, F.; ARGYLE, M.; SCHWARZ, N. (edit). **Subjective well being: an interdisciplinary perspective**. Oxford: Pergamon Press; 1992.

VELOSO, S. D. G. et al. Prática de exercícios físicos e alimentação saudável em universitários da área da saúde. **Nursing (São Paulo)**, v. 11, n.123, p.368-372, 2008.

WAGNER, G. A. et al. Uso de álcool e drogas entre estudantes universitários: diferença entre os gêneros. **Rev. Bras. Psiquiatria**, vol.29, n.2, pp. 123-129, 2007.

WARD, A.; RAMSAY, R.; TURNBULL, S.; STEELE, M.; STEELE, H.; TREASURE, J. Attachment in anorexia nervosa: A transgenerational perspective. **British journal of Psychological Society**, v. 74, p. 497-505, 2001.

WARR, P. **Work, unemployment and mental health**. Oxford: Oxford University Press, 1987.

WHO. Officials Records of the World Health Organization, no. 2, United Nations: **World Health Organization**, Geneve, 1948.

WHOQOL GROUP. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. **Soc Sci Med**, v. 41, p. 1403-1410, 1995.

WHO. What is mental health? In: ON LINE Q&A, 2008. Disponível em: <<http://www.who.int/features/qa/62/en/index.html>>. Acesso em outubro, 2010.

WINTRE, M. G.; YAFFE, M. First-year students adjustment to university life as a function of relationships with parents. **Journal of Adolescent Research**, v.15, n.1, p.9 – 37, 2000.

WITTER, G. P. Psicologia da saúde e produção científica. **Estudos de Psicologia**, v.25, n. 4, p. 577-584, 2008.

ZANINI, D. S.; VEROLLA-MOURA, A.; QUEIROZ, I. P. A. R. Apoio social: aspectos da validade de constructo em estudantes universitários. **Psicologia em estudo**, vol.14, n.1, p.195-202, 2009.

ZOGBI DIAS, HZJ. **Pele e psiquismo, psicossomática e relações objetais: características relacionais de pacientes portadores de dermatose**. 2008. 153f. Tese (Doutorado em Psicologia). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

APÊNDICES

Apêndice A - Ficha de Dados Sociodemográficos

Ficha de dados sócio-demográficos	
Idade	
Sexo	1 feminino 2 masculino
Escolaridade	1 superior incompleto 2 superior completo 3 pós-graduação
Naturalidade	
Curso de graduação na UFSM	
Semestre	
Estado civil	1 com companheiro 2 sem companheiro
Filhos	1 sim 2 não
Quantos	
Profissão	_____
Ocupação	_____
Religião	_____
Com quem você mora?	1 sozinho 2 com os pais 3 com amigos/colegas 4 outro
Sobre a saúde	
Tem algum problema de saúde	1 sim 2 não
Qual? (diagnóstico)	_____
É crônico	1 sim 2 não
Desde quanto tem a doença?	_____
Realiza algum tratamento?	1 sim 2 não
Qual?	_____
Desde quando realiza o tratamento?	_____
Tem histórico da doença na família	1 sim 2 não
Relaciona o surgimento da doença com algum evento de vida?	1 sim 2 não
Qual?	
Sobre o curso de graduação	
O curso em que estás matriculado era sua primeira opção de escolha?	1 sim 2 não
Se não, qual era 1ª opção?	_____
Sente-se satisfeito com o curso de graduação em que estás matriculado?	1 sim 2 não
Por quê?	

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A psicóloga e mestranda em psicologia, Rachel Rubin da Silva, CRP 07/17573, orientada pelo Prof. Dr. Héctor Omar Ardans-Bonifacino, está realizando uma pesquisa intitulada “**O perfil da saúde em estudantes universitários: um estudo sob o enfoque da psicologia da saúde**”. Os objetivos desta pesquisa são conhecer os aspectos relacionados ao perfil da saúde de uma comunidade universitária (estudantes de graduação da UFSM) a partir de alguns conceitos como saúde geral, qualidade de vida e características de relação. Para tanto, serão aplicados quatro instrumentos: questionário de dados sociodemográficos, Questionário de Saúde Geral (QSG-12), Questionário de qualidade de vida (WHOQOL-Bref), e o Inventário de Relações Objetivas (BORTI-O).

É importante salientar que a sua identidade será mantida em sigilo, e que os dados coletados estarão sob o cuidado dos pesquisadores responsáveis. A sua participação nesta pesquisa não lhe trará nenhum benefício pessoal direto, entretanto estará colaborando para a ampliação de conhecimentos científicos sobre o tema. É garantida a liberdade de você desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem sofrer qualquer prejuízo. Os dados coletados serão mantidos junto ao pesquisador responsável durante cinco anos, sendo eliminados após esse período. Você tem o direito tirar suas dúvidas a qualquer momento sobre o andamento da pesquisa tendo a garantia de que todas as suas perguntas serão respondidas. Você não terá despesas pessoais na realização da entrevista, bem como não há compensação financeira relacionada à sua participação. Garante-se que o compromisso do pesquisador é de utilizar os dados e o material coletado somente para fins de pesquisa.

Eu, acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim, tendo ficado claro quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus riscos e benefícios, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso ao resultado quando necessário. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Qualquer dúvida ou esclarecimento sobre a pesquisa, você pode entrar em contato com o pesquisador responsável, Psic. Rachel Rubin da Silva, através do endereço Rua Floriano Peixoto, 1750 – Prédio de Apoio – 3º andar – sala 317 – Santa Maria-RS – tel.: (55) 3220-9305 – e-mail: rackrs@gmail.com.

Declaro que recebi cópia do Termo de Consentimento.

Assinatura do entrevistado

nome

data

Assinatura do pesquisador

nome

data

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM

Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS - tel.: (55) 32209362 - e-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

ANEXOS

Anexo A - Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-bref)
(disponível em: <http://www.ufrgs.br/psiq/whogol84.html>)

Anexo B - Questionário de Saúde Geral (QSG-12)

Questionário de Saúde Geral (QSG-12)

INSTRUÇÕES. Gostaríamos de saber se você tem tido algumas enfermidades ou transtornos e como tem estado sua saúde nas últimas semanas. Por favor, marque simplesmente com um **X** a resposta que a seu ver corresponde mais com o que você sente ou tem sentido. Lembre que queremos conhecer os problemas recentes e atuais, não os que você tenha tido no passado. É importante que você **RESPONDA A TODAS AS PERGUNTAS.**

VOCÊ ULTIMAMENTE:

1 – Tem podido concentrar-se bem no que faz?

- | | |
|------------------------------|----------------------------------|
| (1) Mais do que o de costume | (3) Menos que o de costume |
| (2) Igual ao de costume | (4) Muito menos que o de costume |

2 – Suas preocupações lhe têm feito perder muito sono?

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| (1) Absolutamente, não | (3) Um pouco mais do que o costume |
| (2) Não mais que o de costume | (4) Muito mais que o costume |

3 – Tem sentido que tem um papel útil na vida?

- | | |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| (1) Mais útil que o de costume | (3) Menos útil que o de costume |
| (2) Igual ao de costume | (4) Muito menos útil que o de costume |

4 – Tem se sentido capaz de tomar decisões?

- | | |
|---------------------------|--|
| (1) Mais que o de costume | (3) Menos que o de costume |
| (2) Igual ao de costume | (4) Muito menos capaz que o de costume |

5 – Tem notado que está constantemente agoniado e tenso?

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| (1) Absolutamente, não | (3) Um pouco mais do que o costume |
| (2) Não mais que o de costume | (4) Muito mais que o de costume |

6 – Tem tido a sensação de que não pode superar suas dificuldades?

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------------|
| (1) Absolutamente, não | (3) Um pouco mais do que o de costume |
| (2) Não mais que o de costume | (4) Muito mais que o de costume |

7 – Tem sido capaz de desfrutar suas atividades normais de cada dia?

- | | |
|---------------------------|--------------------------------------|
| (1) Mais que o de costume | (3) Menos que de costume |
| (2) Igual ao de costume | (4) Muito menos capaz que de costume |

8 – Tem sido capaz de enfrentar adequadamente os seus problemas?

- | | |
|---------------------------|--|
| (1) Mais que o de costume | (3) Menos que o de costume |
| (2) Igual ao de costume | (4) Muito menos capaz que o de costume |

9 – Tem se sentido pouco feliz e deprimido(a)?

- | | |
|-------------------------------|---------------------------------|
| (1) Absolutamente, não | (3) Um pouco mais que o costume |
| (2) Não mais que o de costume | (4) Muito mais que o de costume |

10 – Tem perdido confiança em si mesmo?

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| (1) Absolutamente, não | (3) Um pouco mais do que o costume |
| (2) Não mais que o de costume | (4) Muito mais que o de costume |

11 – Tem pensado que você é uma pessoa que não serve para nada?

- | | |
|-------------------------------|------------------------------------|
| (1) Absolutamente, não | (3) Um pouco mais do que o costume |
| (2) Não mais que o de costume | (4) Muito mais que o de costume |

12 – Sente-se razoavelmente feliz considerando todas as circunstâncias?

- | | |
|---------------------------|----------------------------------|
| (1) Mais que o de costume | (3) Menos que o de costume |
| (2) Igual ao de costume | (4) Muito menos que o de costume |

Anexo C - BORRTI-O**BORRTI
FORMA O
FOLHA DE RESPOSTA**

NOME:
DATA DA APLICAÇÃO:
IDADE:
SEXO:
ESCOLARIDADE:

INSTRUÇÕES

Primeiro preencha a informação sobre seus dados pessoais.

Leia cada item com cuidado, então assinale a letra que mostra sua resposta. Responda de acordo com sua experiência mais recente. Se uma afirmação tende a ser verdadeira para você, assinale na coluna classificada como Verdadeiro (V). Se a afirmação tende a ser falsa para você, assinale na coluna classificada como Falso (F). Assinale apenas uma letra para cada afirmação. Por favor, tente responder a todas as afirmações.

Use apenas um lápis preto. Faça marcas escuras e fortes. Se você quiser mudar uma resposta, apague sua primeira marca completamente. Em seguida assinale sua nova escolha. Por favor, não faça rabiscos sobre qualquer página desta Folha de Resposta.

BORRTI Form O copyright © 1995 by Western Psychological Services. Translated and reprinted by Wilze Laura Bruscato for limited research use by permission of the publisher, Western Psychological Services, 12031 Wilshire Boulevard, Los Angeles, California 90025-1251, USA .All rights reserved. No reproduction without the prior written authorization of Western Psychological Services.

BORRTI Form O copyright © 1995 by Western Psychological Services. Traduzido e reimpresso por Wilze Laura Bruscato para uso limitado em pesquisa com permissão do editor, Western Psychological Services, 12031 Wilshire Boulevard, Los Angeles, California 90025-1251, USA. Todos os direitos reservados. Não é permitida a reprodução sem autorização prévia do Western Psychological Services.

- (V) (F) 1. Eu tenho pelo menos um relacionamento estável e satisfatório.
- (V) (F) 2. Se alguém não gosta de mim, eu sempre me esforço para ser agradável para esta pessoa.
- (V) (F) 3. Eu gostaria de ser um ermitão para sempre.
- (V) (F) 4. Eu sou capaz de me isolar e não falar com ninguém por períodos que chegam a durar até mais de uma semana.
- (V) (F) 5. Eu habitualmente acabo magoando aquelas pessoas que me são mais íntimas.
- (V) (F) 6. As pessoas com quem eu convivo me tratam mais como uma criança do que como um adulto.
- (V) (F) 7. Se alguém que eu conheço bem vai embora, eu até posso sentir falta desta pessoa.
- (V) (F) 8. Eu posso lidar com discordâncias em casa sem perturbar o relacionamento familiar.
- (V) (F) 9. Eu sou extremamente sensível a críticas.
- (V) (F) 10. Exercer poder sobre outra pessoa é um prazer secreto para mim.
- (V) (F) 11. Às vezes eu faço de tudo para conseguir as coisas do meu jeito.
- (V) (F) 12. Quando uma pessoa que me é próxima não está me dando toda a sua atenção, eu frequentemente me sinto magoado e rejeitado.
- (V) (F) 13. Se eu me torno íntimo de alguém, e este alguém não se mostra digno de confiança, eu posso ter raiva de mim mesmo pela forma como as coisas aconteceram.
- (V) (F) 14. É difícil para mim ficar íntimo de alguém.
- (V) (F) 15. Minha vida sexual é satisfatória.
- (V) (F) 16. Eu tenho tendência a ser aquilo que os outros esperam que eu seja.
- (V) (F) 17. Não importa o quanto um relacionamento possa ficar ruim, eu me mantereí nele.
- (V) (F) 18. Eu não tenho influência sobre ninguém ao meu redor.
- (V) (F) 19. As pessoas não existem quando eu não as vejo.
- (V) (F) 20. Eu fui muito magoado na vida.
- (V) (F) 21. Eu tenho alguém com quem eu posso compartilhar meus sentimentos mais íntimos e que compartilha tais sentimentos comigo.
- (V) (F) 22. Não importa o quanto eu tente evitá-las, as mesmas dificuldades surgem nos meus relacionamentos mais importantes.
- (V) (F) 23. Eu anseio ser completamente “um só” com alguém.
- (V) (F) 24. Nos relacionamentos, eu não fico satisfeito a menos que eu esteja com a outra pessoa o tempo todo.
- (V) (F) 25. Eu avalio muito bem as outras pessoas.
- (V) (F) 26. Relacionamentos que eu tenho com pessoas do sexo oposto sempre acabam da mesma maneira.
- (V) (F) 27. Os outros frequentemente tentam me humilhar.
- (V) (F) 28. Eu geralmente confio nos outros para tomar decisões por mim.

- (V) (F) 29. Eu geralmente me arrependo por ter confiado em alguém.
- (V) (F) 30. Quando eu estou com raiva de alguém que me é íntimo, eu sou capaz de conversar a esse respeito.
- (V) (F) 31. Manipular os outros é a melhor maneira de conseguir o que eu quero.
- (V) (F) 32. Eu frequentemente me sinto nervoso quando eu estou perto de pessoas do sexo oposto.
- (V) (F) 33. Eu frequentemente me preocupo com ser deixado de fora das coisas.
- (V) (F) 34. Eu sinto que eu tenho que agradecer a todos senão eles poderão me rejeitar.
- (V) (F) 35. Eu me fecho e não vejo ninguém por meses.
- (V) (F) 36. Eu sou sensível a possíveis rejeições por pessoas importantes na minha vida.
- (V) (F) 37. Fazer amigos não é um problema para mim.
- (V) (F) 38. Eu não sei como me aproximar ou falar com pessoas do sexo oposto.
- (V) (F) 39. Quando eu não posso obrigar alguém próximo de mim a fazer o que eu quero, eu fico magoado ou com raiva.
- (V) (F) 40. O meu destino é levar uma vida solitária.
- (V) (F) 41. As pessoas nunca são honestas umas com as outras.
- (V) (F) 42. Eu me dedico muito nos relacionamentos e recebo muito em troca.
- (V) (F) 43. Eu me sinto tímido para me aproximar ou conversar com pessoas do sexo oposto.
- (V) (F) 44. A coisa mais importante para mim em um relacionamento é exercer poder sobre a outra pessoa.
- (V) (F) 45. Eu acredito que uma boa mãe deveria sempre agradecer seus filhos.

Anexo D – Escores de pontuação do BORRTI-O

BORRTI – FORMA O
FOLHA DE PONTUAÇÃO PARA ELABORAÇÃO DO PERFIL
 (Bell, 1995; Bruscato, 1998)
 (Normas não patológicas)*

ESCORE T	ALIENAÇÃO (ALN)	VINCULAÇÃO INSEGURA (IA)	EGOCENTRISMO (EGC)	INCAPACIDADE SOCIAL (SI)
90	2,22	2,05	2,68	2,34
	1,84	1,79	2,01	2,12
76	1,68	1,75	1,79	2,04
	1,55	1,62	1,56	1,97
70	1,29	1,54	1,51	1,90
	1,00	1,29	1,09	1,63
68	0,82	1,10	0,88	1,50
	0,63	0,92	0,66	1,25
60	0,36	0,72	0,43	0,98
	0,06	0,37	0,13	0,49
55	-0,07	0,22	0,03	0,23
	-0,21	0,10	-0,08	-0,07
50	-0,49	-0,24	-0,33	-0,39
	-0,57	-0,35	-0,40	-0,46
45	-0,73	-0,66	-0,57	-0,61
	-0,78	-0,78	-0,65	-0,65
40	-0,84	-0,87	-0,73	-0,73
	-0,90	-1,14	-0,78	-0,81
36	-0,94	-1,22	-0,82	-0,85
	-0,96	-1,28	-0,87	-0,86
30	-1,00	-1,40	-0,96	-0,92

*A área sombreada indica patologia nas relações objetivas.

2

1

Anexo E – Aprovação Comitê de ética

Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria

Título: O perfil da saúde em estudantes universitários: um estudo sob o enfoque da psicologia da saúde.

Número do processo: 23081.005492/2009-19

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0069.0.243.000-09