

MARLY COELHO CARVALHO NEVES

ESTUDANTE DE GRADUAÇÃO DA UNICAMP:
saúde mental auto-avaliada e uso de risco de álcool e de outras
substâncias psicoativas

CAMPINAS

2007

MARLY COELHO CARVALHO NEVES

ESTUDANTE DE GRADUAÇÃO DA UNICAMP:
saúde mental auto-avaliada e uso de risco de álcool e de outras
substâncias psicoativas

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de
Mestre em Ciências Biomédicas, área de concentração
em Saúde Mental.*

ORIENTADOR: PROF. DR. PAULO DALGALARRONDO

CAMPINAS

2007

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

N414e Neves, Marly Coelho Carvalho
Estudante de graduação da Unicamp: saúde mental auto avaliada e uso de risco de álcool e de outras substâncias psicoativas / Marly Coelho carvalho Neves. Campinas, SP : [s.n.], 2007.

Orientador : Paulo Dalgarrondo
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Estudantes. 2. Saúde mental. 3. Comportamento. 4. Fator de risco. 5. Transtornos Relacionados ao uso de alcool. I. Dalgarrondo, Paulo. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Título em inglês : Undergraduate students from Unicamp: self-assessed mental health and risk behavior related to alcohol and drug

Keywords: • Students
• Mental health
• Behavior
• Risk factors
• Alcohol related disorders

Titulação: Mestre em Ciências Médicas

Área de concentração: Saúde Mental

Banca examinadora:

Prof. Dr. Paulo Dalgarrondo
Prof. Dr. Luiz Antonio Nogueira Martins
Prof. Dr. Cláudio Eduardo Muller Banzato

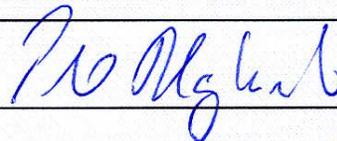
Data da defesa: 31 - 08 - 2007

Banca examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador: Prof. Dr. Paulo Dalgalarro

Membros:

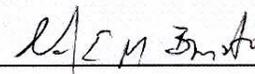
1. Prof. Dr. Paulo Dalgalarro -



2. Prof. Dr. Luiz Antônio Nogueira Martins -



3. Prof. Dr. Cláudio Eduardo Muller Banzato -



Curso de pós-graduação em Ciências Médicas, da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 31/08/2007

DEDICATÓRIA

Aos meus grandes amores:

meu esposo Ivo e meus filhos Cristiano e Maria Eduarda.

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Paulo Dalgalarro, pela oportunidade de realizarmos este trabalho. Pelo espírito ousado, jovial, alegre e criativo que muito me ensinou.

Aos meus pais Joaquim e Cathia, meus irmãos Marcelo e Marcos, pela nossa estória, amor e coragem.

Às minhas amadas avós Maria Coelho e Maria Carvalho, fontes de mais uma nova geração de Maria.

Aos alunos de graduação da UNICAMP dos *campi* Barão Geraldo e CESET que participaram desta pesquisa, minha sincera gratidão.

Ao Cláudio Eduardo Müller Banzato, pelas preciosas considerações e ajuda na inserção do trabalho no âmbito institucional. Pelo cuidado sempre presente.

À equipe técnica e administrativa do Serviço de Assistência Psicológica e Psiquiátrica ao Estudante (SAPPE/PRG/UNICAMP) pelo grande incentivo, apoio, troca, carinho e amizade: Ana Cristina Müller, Ana Maria Ghirotto Armelin, Clarissa de Rosalmeida Dantas, Elizabete Alves Mergulhão, Elizabete Mazetto, Elony Conversano, Elza Ponce Rocha da Silva, Maria Lídia Zillete, Maria Lílian Coelho de Oliveira, Maurício José de Abreu Filho, Sílvia Helena Allane Franchetti e Valéria Aguillar Castro.

À Clarissa de Rosalmeida Dantas, pelo apoio amigo e incentivo profissional.

À Pró-reitora de Graduação (PRG/UNICAMP), especialmente ao Pró-Reitor de Graduação Prof. Dr. Edgar Salvadori de Decca, pelo apoio formal à pesquisa.

Aos coordenadores (as), professores (as) e secretários (as) dos cursos de graduação que possibilitaram o acesso da pesquisa nos cursos.

À Pró-reitoria de Desenvolvimento Universitário (PRDU/UNICAMP), especialmente à Renata Cruz Soares de Azevedo, Margareth de Cillo Bazzo e Elson Silva Lima. Ao Pró-Reitor de Desenvolvimento Universitário Prof. Dr. Paulo Eduardo M. Rodrigues da Silva, pelo apoio financeiro à pesquisa.

Ao Serviço de Assistência Social (SAE/UNICAMP) pela disposição de três bolsistas-trabalho que auxiliaram na pesquisa.

Aos bolsistas Tânia Cristina Leite, especialmente Julio César Lourenço e Luiz Filipe Zaina Chiaretto, pela dedicação e qualidade do trabalho realizado.

Ao Antonio Faggiani da Diretoria Acadêmica (DAC/UNICAMP), pelo fornecimento dos dados necessários e esclarecimentos.

À banca de qualificação Sigisfredo Brenelli, Renata Azevedo e Cláudio Banzato, pelas valiosas contribuições.

Ao Dr. Luiz Antonio Nogueira Martins (Unifesp/EPM), pela contribuição, troca e afeto.

À Dra. Patrícia Amorim (Universidade Federal de Goiás/UFG), pelos esclarecimentos realizados.

À Andrea Ferreira Semolini (FCM/UNICAMP), pelo apoio técnico na realização das análises estatísticas.

À Lílian Cristina Gonçalves (DPMP/FCM/UNICAMP), pelo auxílio profissional e amigo.

À equipe técnica da Comissão de Apoio Didático, Científico e Computacional (FCM/UNICAMP) pelo apoio técnico fornecido, especialmente ao Emilton Barbosa de Oliveira, Marcos Rodolfo Lalli e a Sílvia Auxiliadora de Lúcio.

À Meire Soldera, Aline Oliveira, Elenita Marques, Rafaella Coelho, Isis Neves e Aurora Machado, pela ajuda especial e específica de cada uma em diferentes momentos da minha vida, o que possibilitou a melhor realização deste trabalho.

À Sheila de Lunafreire Guimarães pelo cuidado e crescimento.

A todos os meus pacientes que continuam despertando o desejo de conhecer o ser humano.

	<i>PÁG.</i>
RESUMO	<i>xxix</i>
ABSTRACT	<i>xxxiii</i>
1- INTRODUÇÃO	<i>37</i>
1.1- O jovem e situações de crise relacionadas à escolha profissional e ao processo de adaptação à universidade	<i>40</i>
1.2- Serviços de atenção à saúde mental para estudantes universitários	<i>43</i>
1.3- Saúde mental em estudantes universitários	<i>47</i>
1.4- Uso de álcool e de outras substâncias psicoativas entre estudantes universitários	<i>55</i>
1.5- Comportamentos de risco entre estudantes universitários	<i>63</i>
2- OBJETIVOS	<i>69</i>
2.1- Objetivos gerais	<i>71</i>
2.2- Objetivos específicos	<i>71</i>
3- MÉTODOS	<i>73</i>
3.1- Sujeitos e local da pesquisa	<i>75</i>
3.2- Critérios de inclusão	<i>75</i>
3.3- Critérios de exclusão	<i>75</i>
3.4- Aprovação da pesquisa no Comitê de Ética	<i>76</i>
3.5- Construção do questionário	<i>76</i>
3.6- Estudo piloto	<i>77</i>

3.7- Temas abordados no questionário.....	78
3.8- Instrumentos utilizados no questionário.....	86
3.9- Cálculo do tamanho amostral.....	91
3.10- Divisão da amostra.....	91
3.11- Coleta de dados.....	92
3.12- Variáveis estudadas.....	97
3.13- Procedimento de análise estatística.....	100
4- RESULTADOS.....	101
4.1- Perfil sócio-demográfico da população estudada.....	103
4.2- Saúde mental.....	106
4.3- Uso de álcool.....	115
4.4- Uso de outras substâncias psicoativas.....	121
4.5- Comportamentos de risco relacionados ao uso de álcool e/ou de outras substâncias psicoativas.....	129
5- DISCUSSÃO.....	137
5.1- Limitações do estudo.....	139
5.2- Saúde mental.....	142
5.3- Uso de álcool.....	145
5.4- Uso de outras substâncias psicoativas.....	147
5.5- Comportamentos de risco relacionados ao uso de álcool e/ou de outras substâncias psicoativas.....	149
5.6- Análise integrada da saúde mental e uso de risco de álcool e/ou de outras substâncias psicoativas.....	151
6- CONCLUSÃO.....	155

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	159
8- ANEXOS.....	169
Anexo 1- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UNICAMP).....	171
Anexo 2- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	173
Anexo 3- Regras de aplicação do questionário.....	175
Anexo 4- Relatório de aplicação de bordo.....	177
Anexo 5- Divisão da amostra pela Diretoria Acadêmica (DAC/UNICAMP).	179
Anexo 6- Modelo final do questionário.....	183

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AUDIT	The Alcohol Use Disorder Identification Test
CCG	Comissão Central de Graduação/UNICAMP
CECOM	Centro de Saúde da Comunidade/UNICAMP
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CESET	Centro Superior de Educação Tecnológica da UNICAMP
CID-10	Classificação Internacional de Doenças - 10 ^a . Revisão
CR	Coeficiente de Rendimento
DAC	Diretoria Acadêmica/UNICAMP
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais/APA
FCM	Faculdade de Ciências Médicas/UNICAMP
FE	Faculdade de Educação/UNICAMP
FOP	Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP
GRAPEME	Grupo de Apoio Psicopedagógico ao Estudante de Medicina, Enfermagem e Fonoaudiologia/FCM/UNICAMP
IMC	Índice de Massa Corporal
M.I.N.I.	Mini International Neuropsychiatric Interview
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEFOPEX	Programa Especial de Formação de Professores em Exercício da FE//UNICAMP
PRDU	Pró-reitoria de Desenvolvimento Universitário/UNICAMP
PRG	Pró-reitoria de Graduação/UNICAMP

PROESF	Programa Especial para Formação de Professores em Exercício na Rede de Educação Infantil e Primeiras Séries do Ensino Fundamental da Rede Municipal dos Municípios da Região Metropolitana de Campinas da FE/UNICAMP
SAE	Serviço de Apoio ao Estudante/UNICAMP
SAPPE	Serviço de Assistência Psicológica e Psiquiátrica ao Estudante da UNICAMP
SCID-P	Structured Clinical Interview for Diagnostic and Statistical Manual (DSM)-III-R-patient version diagnoses
SPA	Substâncias Psicoativas outras que não o Álcool
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
WHOQOL	World Health Organization Quality of Life

	<i>PÁG.</i>
Tabela 1- Revisão de prevalência de transtorno mental entre estudantes universitários dos EUA (1920-1968).....	51
Tabela 2- Questões de avaliação de consumo de álcool (AUDIT).....	88
Tabela 3- Níveis de escores do AUDIT.....	89
Tabela 4- Cursos que participaram e cursos que não participaram da coleta de dados no <i>campus</i> Barão Geraldo.....	94
Tabela 5- Distribuição da amostra coletada por áreas dos cursos (n=1.306).....	97
Tabela 6- Variáveis dependentes.....	97
Tabela 7- Variáveis independentes.....	98
Tabela 8- Perfil sócio-demográfico da população estudada.....	104
Tabela 9- “Algum transtorno mental” em estudantes da UNICAMP.....	106
Tabela 10- Transtornos mentais específicos em estudantes da UNICAMP, episódio atual (*) e na vida toda (**).....	107
Tabela 11- Análise bivariada para “algum transtorno mental”.....	108
Tabela 12- Regressão logística univariada para “algum transtorno mental”.....	110
Tabela 13- Primeiro modelo de regressão logística multivariada para “algum transtorno mental” (n=1.135).....	112
Tabela 14- Segundo modelo de regressão logística multivariada para “algum transtorno mental” (n=1.272).....	113
Tabela 15- Terceiro modelo de regressão logística multivariada para “algum transtorno mental” (n=1.254).....	114

Tabela 16-	Uso de risco de álcool entre estudantes da UNICAMP.....	115
Tabela 17-	Análise bivariada para uso de risco de álcool.....	116
Tabela 18-	Regressão logística univariada para uso de risco de álcool.....	118
Tabela 19-	Regressão logística multivariada para uso de risco de álcool (n=1.093).....	120
Tabela 20-	“Uso de drogas” entre estudantes da UNICAMP.....	121
Tabela 21-	Tipos específicos de drogas lícitas e ilícitas utilizados <i>na</i> <i>vida</i> por estudantes da UNICAMP.....	122
Tabela 22-	Análise bivariada para “uso de drogas”.....	124
Tabela 23-	Regressão logística univariada para “uso de drogas”.....	126
Tabela 24-	Regressão logística multivariada para “uso de drogas” (n=1.012).....	128
Tabela 25-	“Comportamento de risco” entre estudantes da UNICAMP....	129
Tabela 26-	Tipos de comportamentos de risco entre estudantes da UNICAMP.....	130
Tabela 27-	Análise bivariada para “comportamento de risco”.....	131
Tabela 28-	Regressão logística univariada para “comportamento de risco”.....	133
Tabela 29-	Regressão logística multivariada para “comportamento de risco” (n=1.115).....	135

LISTA DE GRÁFICOS

	<i>PÁG.</i>
Gráfico 1- Perfis de estudantes da UNICAMP.....	158

RESUMO

Objetivo: Verificar as prevalências de transtorno mental auto-avaliado, de uso de risco de álcool, de uso de outras substâncias psicoativas e de comportamentos de risco decorrentes de uso de álcool e de outras substâncias psicoativas entre estudantes de graduação da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), identificando os fatores sócio-demográficos, culturais e estudantis associados a apresentar tais comportamentos.

Métodos: Foi realizado um estudo de corte transversal de outubro de 2005 a novembro de 2006, com estudantes de ambos os sexos, regularmente matriculados nos cursos das áreas de ciências básicas, exatas, tecnológicas, humanas, artes e profissões da saúde, dos períodos diurno e noturno e dos *campi* Barão Geraldo (Campinas) e CESET (Centro Superior de Educação Tecnológica de Limeira). Um questionário anônimo e de auto-preenchimento foi aplicado dentro de sala de aula, utilizando-se um tipo de amostra proporcional por áreas dos cursos. Foi construído um questionário para a coleta dos dados sócio-demográficos, culturais e estudantis. Foram utilizados instrumentos quantitativos para a avaliação de saúde mental (M.I.N.I.: *Mini International Neuropsychiatric Interview*); de uso de risco de álcool (AUDIT: *The Alcohol Use Disorder Identification Test*); e de uso de outras substâncias psicoativas (questionário baseado no método do Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID). O procedimento estatístico consistiu em análise de associação das variáveis (teste qui-quadrado) e análise de regressão logística (univariada e multivariada). O nível de significância adotado para a análise estatística foi de 5%.

Resultados: Foi analisado um total de 1.290 questionários, sendo 55,5% referentes ao gênero feminino e 44,5% ao gênero masculino. Um total de 92% dos estudantes é solteiro, 82% têm entre 17 e 23 anos, 67% estudaram o ensino médio em escola particular, 75% residem em Campinas, 56% moram em república e/ou pensionato e 33% residem com os pais. Um total de 77% é branco, 13% são pardos e negros e 9% são orientais. Em relação à religião, 47% são católicos, 24% não têm religião; 15% são espíritas e 14% são evangélicos. As seguintes prevalências foram encontradas: 58% de algum tipo de transtorno mental auto-avaliado; 24% de uso de risco de álcool; 27% de uso de outras substâncias psicoativas e 25% de comportamento de risco.

Conclusão: O gênero feminino esteve mais associado a ter algum tipo de sofrimento mental subjetivo, além de apresentar maiores dificuldades psicossociais (interpessoais e ambientais) auto-percebidas. O gênero masculino esteve mais associado a fazer uso de risco de álcool (e uso de outras substâncias

psicoativas pela análise univariada), assim como apresentou maior envolvimento em comportamentos de risco, como beber e/ou usar drogas e dirigir; e beber e/ou usar drogas e ter relação sexual com parceiro (a) desconhecido (a). Encontrou-se entre o gênero masculino maior sociabilidade e melhor condição sócio-econômica. Problemas e riscos decorrentes do uso de álcool e de outras substâncias psicoativas, particularmente em estudantes do gênero masculino, parecem tender a ser considerados “naturais” dentro do ethos estudantil. Tal situação não deflagra a necessidade de busca de ajuda, porém, implica risco à saúde física e mental.

ABSTRACT

Objective: To study the prevalence of self-assessed mental disorders, the prevalence of alcohol and illicit drugs use and associated risk behavior amongst undergraduate students from UNICAMP. In addition we investigated associations between students' demographics, cultural and educational aspects and self-assessed mental disorders, alcohol and illicit drugs use and risk behavior. **Methods:** A cross-sectional study was performed, from October 2005 to November 2006. A sample proportional to study fields was obtained involving 1,290 students, from both genders, regularly enrolled in either day-time and night-time courses from the following study fields: Natural Sciences, Exact Sciences and Technology, Humanities, Arts and Health Sciences, at the following campuses: Barão Geraldo (Campinas) and CESET (Tertiary Technological Education Center of Limeira) of the State University of Campinas (UNICAMP). A self-reported questionnaire was designed to collect socio-demographic, cultural and educational data. Quantitative instruments were used to assess mental health (M.I.N.I. *Mini International Neuropsychiatric Interview*); alcohol use (AUDIT *The Alcohol Use Disorder Identification Test*); illicit drugs use (questionnaire based on the CEBRID - Brazilian Information Center on Psychotropic Drugs - method). The self-report questionnaire and the quantitative instruments were anonymously filled out by students in the classroom. The qui-squared test and logistic regression analysis (univariate and multivariate) were adopted for the variables association study. The significance level adopted for statistical analysis was 5%. **Results:** A total of 1,290 questionnaires, completed by students from both sexes, 55.5% women and 44.5% men, were analyzed. 92% of the students were single, 82% were aged between 17 and 23 years old, 67% had studied in private high schools, 75% lived in Campinas, 56% shared houses with other students or rented rooms in student houses and 33% were still living with their parents. Also, 77% were Caucasian, 13% were of African-descent or mixed-race and 9% were of Asiatic-descent. Regarding religious beliefs, 47% were Catholic, 24% had no religion, 15% were Spiritualist and 14% were Evangelic. The following prevalences were found: 58% of the students had some kind of self-assessed mental disorder; 24% presented hazardous drinking; 27% used illicit drugs; and 25% presented risk behavior. **Conclusion:** Women presented more often some kind of subjective mental distress and more interpersonal and environmental self-assessed difficulties. Men presented more often hazardous drinking and illicit drugs use, as well as risk behavior related to such use. Men

had better social interactions and better social-economic status. Problems resulting from hazardous drinking and illicit drugs use seem to be regarded as “natural” in the student “ethos”, specially when involving male students. Such behaviors and resulting problems does not entail help-seeking behavior among the students, however they implicates risks to mental and physical health.

1- INTRODUÇÃO

A adolescência e a juventude são hoje percebidas e conceitualizadas como um período de profundas transformações e inquietações pessoais, assim como de mudanças substanciais na qualidade das relações do jovem com a família, grupos sociais e cultura (Work, 1989).

Erikson (1976) delimitou conceitualmente e descreveu as origens e vicissitudes das crises do adolescente e do jovem, vividas de forma mais profunda nesta fase da vida. O processo de conquista de uma identidade satisfatória e de um lugar na sociedade dos adultos é vivenciado de forma plena durante a adolescência e a juventude. Erikson formulou que no centro de tal crise psicossocial estão as “crises de identidade” (mais dos adolescentes) e a “moratória” (mais dos jovens e adultos-jovens). Ele concebe as dificuldades identitárias como uma crise psicossocial, na qual não se pode separar “*a crise de identidade na vida individual e a crise contemporânea no desenvolvimento histórico, porque ambas ajudam a definir uma à outra e estão verdadeiramente relacionadas entre si*”. Para Erikson, a crise de identidade do adolescente e do jovem põe em diálogo, de um lado, a história pessoal com todas as constelações de identificações múltiplas, principalmente no contexto da família e, de outro lado, as forças sociais, políticas e culturais de sociedades específicas, num dado momento histórico (Erikson, 1976).

No contexto sociocultural argentino, semelhante ao do Brasil, Knobel (1984) denominou “*síndrome da adolescência normal*” ao conjunto de mudanças pessoais e sociais profundas que ocorre com o adolescente e o jovem: busca de si mesmo e de uma identidade viável, luto pelo corpo e papéis infantis, emergência da sexualidade genital, mudanças nas relações com os pais e com a sociedade, sendo um conjunto de mudanças marcantes e relativamente abruptas (Knobel, 1984).

Para Knobel, esta é uma etapa da vida durante a qual o indivíduo procura estabelecer a sua identidade adulta, apoiando-se nas primeiras relações objeto-parentais internalizadas e verificando a realidade que o meio social lhe oferece, mediante o uso dos elementos biofísicos em desenvolvimento à sua disposição e que, por sua vez, tendem à estabilidade da personalidade num plano genital, o que só é possível quando consegue o luto pela identidade infantil (Knobel, 1984).

É no turbilhão desse processo que surge ou se intensifica com particular intensidade o fenômeno denominado “*tendência grupal*”. Devido a essa robusta “*tendência grupal*” o adolescente e o jovem buscam uma uniformidade com seus pares, por meio de grupos identitários (grupos ideológicos, religiosos, esportivos, punks, hip hops, etc.) no sentido de garantir alguma segurança, identidade e auto-estima. Também via tal tendência grupal realiza uma superidentificação em massa, na qual “*todos se identificam com cada um*” (Knobel, 1984).

A noção de identidade de Erikson (1976) permanece válida até hoje, mesmo após importantes e recentes mudanças culturais que atravessam o mundo. A crise de identidade dos adolescentes, a cultura e os contextos sócio-econômicos e políticos mudam com as gerações e com os anos. Para Erikson, “*o próprio problema da identidade transforma-se com o período histórico; de fato, é essa sua tarefa*”. Analisar o problema da identidade, para ele, é “*fazer o jogo da história e talvez convertermo-nos em seu instrumento*” (Erikson, 1976). Assim para a atualidade, Erikson nos transfere a tarefa de entender as mutáveis interações entre identidade pessoal, contexto contemporâneo de urbanização, consumismo, violência, construção da subjetividade e possível sofrimento mental do jovem.

A seguir será apresentada uma breve revisão sobre os temas investigados nesta dissertação. Cabe esclarecer que não se objetiva realizar uma revisão nem completa, nem exaustiva, de tal literatura. Como esta dissertação é centrada num estudo empírico, os trabalhos revisados têm apenas o escopo de introduzir os temas. Revisões amplas e completas disponíveis são indicadas quando oportuno e possível.

1.1- O jovem e situações de crise relacionadas à escolha profissional e ao processo de adaptação à universidade

Diante de grandes mudanças de ordem física e emocional vividas pelo jovem, a escolha da futura profissão torna-se uma tarefa intensa e angustiante que se soma à influência de diversos fatores do contexto social, econômico e cultural.

Melo-Silva (2000) realizou um amplo estudo relacionado à escolha profissional e cita alguns fatores que influenciam tal escolha, como: família, amigos, cultura, gênero, etnia e orientação sexual (Melo-Silva, 2000).

De acordo com Bohoslavsky (1977), a identidade ocupacional se desenvolve como um aspecto da identidade pessoal e ambas devem ser compreendidas como a contínua interação entre fatores internos e externos à pessoa. Ela não deve ser considerada como algo definido e acabado, mas como um momento de um processo, submetido às mesmas leis e dificuldades daquele que conduz à conquista da identidade pessoal, eliminando-se, portanto, a idéia de que a vocação é algo definido a ser descoberto. A identidade ocupacional mostra-se como um aspecto da identidade do indivíduo, parte de um sistema mais amplo que compreende, é determinada e determinante na relação com toda a personalidade (Bohoslavsky, 1977).

Da mesma forma, pode-se dizer que o processo de integração de um estudante dentro do contexto universitário é multifacetado, pois envolve diversos fatores em interação. De acordo com Polidoro et al. (2001) o processo de interação do estudante com o meio envolve tanto os aspectos externos (do ambiente acadêmico, social, estrutura e normas da instituição) como os aspectos internos (habilidade para enfrentar situações, reações psicossomáticas e estado de humor), sendo considerado um momento da vida do ser humano propício para o desencadeamento de crises.

Ou seja, as intensas transformações decorrentes da entrada na vida universitária, exigem um grau de mobilização interna considerável, podendo levar o indivíduo a passar por situações de crise. Tais situações de crise podem ser compreendidas como um processo atípico na vida do sujeito, com elevação do nível da tensão psíquica e com tempo de duração limitado (Hahn, 1994).

Caplan (1980) compreende a crise, como um período de transição que pode ser tanto uma oportunidade de crescimento da personalidade, como um período de maior vulnerabilidade ao transtorno mental. O resultado final desse período depende da forma como o indivíduo enfrenta a situação, que por sua vez é determinado por fatores pessoais e do próprio ambiente (Caplan, 1980; Hahn, 1994).

Polidoro e colaboradores (2001) acreditam que o complexo processo de interação estudante-universidade é vivido por todos de um modo geral, independente da especificidade do curso. Porém, chamam a atenção para o fato de que algumas características próprias de cada curso podem afetar negativamente o desempenho acadêmico, a saúde física e emocional do estudante. Referem-se, por exemplo, aos cursos da área da saúde, como o de medicina, que ao promover o contato do estudante com doenças e morte, pode levá-lo a utilizar intensos mecanismos de defesa, tais como dissociação e isolamento do afeto (Polidoro et al., 2001; Facundes e Ludermir, 2005).

Estudos realizados por Kohl (1951) no Serviço Psiquiátrico da Faculdade de Medicina da Universidade de Cornell, nos Estados Unidos, indicam que a transição do ensino médio para o ensino superior é sentida como brusca e estressante, pois há uma mudança repentina na forma de aprendizado que faz com que os estudantes necessitem aprender novos métodos para manter o mesmo desempenho anterior. Num período de 14 anos dentro desse serviço, Kohl observou que 25% dos estudantes procuraram ajuda psicológica devido a “*fatores ambientais*” relacionados ao ajustamento na universidade e ao desempenho acadêmico (Kohl, 1951; Giglio, 1976).

Um estudo realizado por Nicholli (1967) na Universidade de Harvard (EUA) relacionou o abandono da faculdade com problemas relacionados à saúde mental, a partir da observação de que as consultas psiquiátricas entre estudantes que abandonaram a universidade eram quatro vezes mais frequentes do que entre os demais, prevalecendo os sintomas depressivos (Nicholli, 1967; Giglio, 1976).

Para Albuquerque (1973), nesse período de intensas mudanças marcado pela entrada na universidade, os jovens enfrentam uma atmosfera competitiva sentida como exigente e hostil. Dessa forma, é importante que as universidades estejam atentas às possíveis manifestações de sofrimento psíquico dos estudantes e “*aparelhadas para o diagnóstico precoce de todas as manifestações de sofrimento emocional de seus alunos*”, pois funciona como um ponto intermediário entre a juventude e a sociedade adulta (Albuquerque, 1973; Giglio, 1976).

Um estudo realizado por Giglio (1976) com estudantes da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), apontou que é importante considerar a relação entre saúde mental, rendimento acadêmico e evasão escolar, pois as dificuldades emocionais dificultam o aprendizado devido ao gasto de energia na tentativa de resolver conflitos e, ao mesmo tempo, fracassos escolares podem desencadear desequilíbrios emocionais. O autor refere que o bom rendimento acadêmico é muito valorizado pelos estudantes, e, portanto, dificuldades na vida acadêmica podem, eventualmente, desencadear reações depressivas (Giglio, 1976) ou ansiosas, de acordo com a vulnerabilidade de cada um.

Outros estudos indicam que o baixo desempenho acadêmico (Hahn, 1994) e/ou abandono dos estudos (Murguía, 1971; Hahn, 1994) são na maior parte das vezes decorrentes de problemas emocionais e não intelectuais. Tais dados ressaltam a importância do cuidado que deve ser destinado à saúde mental dos jovens, principalmente neste período de entrada na universidade marcado por intensas mudanças e maior vulnerabilidade psicossocial.

1.2- Serviços de atenção à saúde mental para estudantes universitários

O Fórum Nacional de Pró-reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis (FONAPRACE) conduziu uma pesquisa sobre o perfil sócio-econômico e cultural dos estudantes de graduação de Instituições Federais de Ensino Superior (IFES), a fim de sistematizar uma proposta de política de assistência ao estudante. Um dos dados obtidos nesse estudo refere-se ao fluxo migratório de 34,79% dos estudantes que realizam curso superior no Brasil (<http://www.unb.br/administracao/decanatos/dac/fonaprace/index.html>).

Sabe-se que os jovens estudantes, além de passarem pelas perdas inerentes ao processo de desenvolvimento normal, quando ingressam na universidade precisam sair da casa dos pais, separam-se dos amigos e de um círculo conhecido de relacionamentos sociais e familiares, o que pode desencadear situações de crise (Fernandes e Rodrigues, 1993; Cechiari, 2004). Como já foi dito anteriormente, essas situações de crise podem levar ao amadurecimento e fortalecimento da identidade, assim como pode gerar desajustamento e adoecimento (Jorge e Rodrigues, 1995; Cerchiari, 2004).

Simon (1983) afirma que “diante de pressões emocionais intensas desencadeadas pelas situações críticas há risco de prejuízos para o universo pessoal. E aqui as aberturas para intervenção preventiva ficam mais explícitas” (Simon, 1983; Hahn, 1994).

Amatuzzi (1993) denomina “a vivência da crise”, o processo pelo qual o indivíduo passa ao tentar transpor alguma situação pessoal vivida como difícil e/ou problemática. Propõe que a mesma seja superada não através de seu impedimento, mas sim “permitindo a crise” (Amatuzzi, 1993; Hahn, 1994).

As questões referentes à saúde mental dos estudantes universitários foram pela primeira vez discutidas nos Estados Unidos e na Europa. No início do século XX, nos Estados Unidos, foi reconhecido que os estudantes passam por uma fase naturalmente vulnerável, do ponto de vista psicológico, sendo responsabilidade das universidades ajudá-los nesse momento (Reifler et al., 1969; Loreto, 1985; Cerchiari, 2004).

Dessa forma, o primeiro serviço de assistência psicológica a estudantes universitários “que pareciam perturbados”, foi criado por Stewart Paton, em 1910, junto ao Departamento de Saúde e Educação Física da Universidade de Princeton, nos Estados Unidos (Reifler et al., 1969; Hahn, 1994; Cerchiari, 2004).

No Brasil, Galdino Loreto (1958); Pacheco e Silva e Lipszic (1962) e Albuquerque (1973), foram os primeiros pesquisadores a realizar estudos e prestar assistência formal aos estudantes universitários (Cerchiari, 2004).

Em 1957, foi criado o primeiro serviço de assistência psicológica aos estudantes de medicina, denominado “Serviço de Higiene Mental e Psicologia Clínica”, junto à cadeira de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco (Loreto, 1985; Cerchiari, 2004).

Em 1962, Pacheco e Silva e Lipszic publicaram uma pesquisa realizada com 124 estudantes do quarto ano de medicina da Universidade de São Paulo (USP) e da Escola Paulista de Medicina (EPM). O estudo que tinha como objetivo analisar a personalidade dos estudantes (através de questionários e autobiografias), revelou a necessidade de organizar um serviço de assistência psicológica destinado aos mesmos, devido à

constatação de elevadas porcentagens de dificuldades nas relações interpessoais, adaptação ao meio universitário e problemas de personalidade (Pacheco e Silva e Lipszic, 1962; Giglio, 1976; Hahn, 1994). Em 1965, foi organizado o “Serviço de Saúde Mental Escolar” na Escola Paulista de Medicina para os estudantes universitários daquela instituição (Loreto, 1985; Cerchiari, 2004).

Ao longo da década de 1960, as Universidades Federais do Rio Grande do Sul, de Minas Gerais e do Rio de Janeiro também implantaram serviços de saúde mental aos estudantes universitários (Loreto, 1985; Cerchiari, 2004). Hoirisch (1993) fala sobre o programa desenvolvido na Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) (Hoirisch, 1993; Hahn, 1994).

No início dos anos 1980, Fortes e Abdo (1981) realizaram uma pesquisa de um ano e meio com estudantes da Universidade de São Paulo (USP), correlacionando dados sócio-demográficos e diagnósticos psiquiátricos. Destacaram a importância do investimento na saúde mental do estudante universitário através da criação de programas preventivos e assistenciais (Fortes e Abdo, 1981; Hahn, 1994). Millan (1986) descreve a assistência prestada aos estudantes da Faculdade de Medicina da USP (Millan, 1986; Hahn, 1994).

Em 1987 foi criado na UNICAMP o Serviço de Assistência Psicológica e/ou Psiquiátrica ao Estudante (SAPPE), em uma iniciativa conjunta da Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários e do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria (DPMP/FCM), a partir da identificação de uma demanda de estudantes que procuravam atendimento psicológico no DPMP (<http://www.prg.unicamp.br/sappe>).

O SAPPE foi criado com o objetivo de prestar assistência psicológica e/ou psiquiátrica aos estudantes de graduação e de pós-graduação, das diversas áreas e cursos. Utilizando principalmente a técnica da Psicoterapia Breve de Orientação Psicanalítica, a estruturação do SAPPE recebeu apoio do Setor de Adolescentes do DPMP/FCM e do Serviço de Apoio ao Estudante (SAE) da UNICAMP.

Recentemente um estudo (artigo submetido) realizado por Oliveira et al. (2007), revelou dados sobre o perfil clínico e sócio-demográfico de 2.203 estudantes de graduação que buscaram atendimento clínico no SAPPE nos últimos 17 anos. Os resultados indicaram

que a média de idade dos estudantes que procuraram atendimento psicológico foi 21.7 anos, com sobre-representação do gênero feminino (58,5%), provenientes das áreas de humanas e artes, de outros estados do Brasil, vivendo na moradia estudantil e tendo como fonte de renda bolsa-auxílio fornecida pela própria universidade. Portanto, estudantes do gênero feminino, residindo na moradia estudantil e recebendo bolsa-auxílio foram os que mais procuraram ajuda psicológica e/ou psiquiátrica para algum tipo de sofrimento mental dentro da UNICAMP (Oliveira et al., 2007).

As queixas mais frequentes relatadas nesse estudo realizado relacionaram-se a: dificuldades nas relações interpessoais (31,2%); preocupação com o futuro profissional (21,5%); baixo rendimento acadêmico (19,8%); conflitos familiares (25%); sintomas depressivos (16,2%) e dificuldade em fazer amigos (15%). O gênero feminino queixou-se mais de conflitos familiares e o gênero masculino queixou-se mais de preocupação em relação ao baixo rendimento acadêmico. Apenas 2,7% das queixas relacionaram-se ao uso de drogas (sendo 4,0% referente ao sexo masculino e 1,7% referente ao sexo feminino) (Oliveira et al., 2007).

Em 1989 foi realizado um levantamento com estudantes da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) conduzido por Moralez (1989), com o objetivo de identificar demanda que justificasse a implantação de um “Programa de Educação em Saúde”. Descobriu-se nesse estudo que o interesse dos estudantes relacionava-se a problemas emocionais, e, a partir de então, foi criado o Serviço de Orientação e Educação em Saúde Mental da UFSCar (Moralez, 1989; Hahn, 1994).

É notório que o número de instituições preocupadas com a questão da saúde mental do estudante universitário tem crescido, e que programas de assistência ao estudante têm sido implantados nas universidades brasileiras. O Fórum de Pró-reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis (FONAPRACE) realizou um mapeamento em 1999 e 2000 sobre a assistência praticada nas IES públicas (Instituições de Ensino Superior) em vários estados do Brasil. Ao todo, 40 instituições federais e estaduais participaram desse mapeamento e os resultados indicaram que 34 instituições (85%) oferecem algum tipo de atendimento à saúde mental do estudante universitário (Cerchiari, 2004).

1.3- Saúde mental em estudantes universitários

Estudos epidemiológicos indicam que transtornos mentais têm maior chance de surgir pela primeira vez no início da vida adulta, e que, portanto, muitos jovens apresentarão um primeiro episódio psiquiátrico durante o período universitário (Cerchiari, 2004; Mowbray et al., 2006; Oliveira et al., 2007). Há razões para supor que estudantes universitários apresentam risco de sofrimento elevado: primeiro porque estão num momento de vida em que taxas de sofrimento e desordem mental são elevadas; segundo porque alguns estudos sugerem que a transição do ensino médio para o ensino superior e toda a trajetória para o início da vida adulta é especialmente problemática. Nesse sentido, alguns estudos têm encontrado maior taxa de sofrimento mental entre jovens universitários, se comparados a outros jovens da mesma idade que não estão na universidade (Adlaf, 2001).

Nos Estados Unidos, Smith et al. (1964) estudaram “problemas de saúde mental” em estudantes universitários relacionando-os com “valores” e encontraram que indivíduos com valores sociais bem desenvolvidos tendiam a apresentar menor transtorno psiquiátrico do que os que não apresentavam valor dominante (Smith et al., 1964; Giglio, 1976). Um estudo de Hansell et al. (1964) encontrou maior proporção de pessoas com algum tipo de sofrimento mental ou “*cl clinicamente perturbadas*” em indivíduos com pior nível sócio-econômico ou “engajamento social mais baixo” (Hansell et al., 1964; Giglio, 1976).

Segal (1966) fez uma revisão das pesquisas publicadas nos Estados Unidos sobre saúde mental de estudantes universitários e encontrou os seguintes dados: (1) 7% a 8% dos estudantes tinham problemas emocionais sérios; outros 20% apresentavam problemas mais leves, mas que os impossibilitavam de usar plenamente as suas potencialidades; (2) havia maior proporção de estudantes com “bons hábitos de estudo” entre aqueles com menores índices de distúrbios emocionais; (3) escores altos indicativos de distúrbios emocionais relacionaram-se a piores relacionamentos dos estudantes com os pais; (4) as moças procuraram as clínicas de ajuda psicológica mais frequentemente que os rapazes; os “calouros” mais que os “veteranos”; o estudante com sérias dificuldades acadêmicas mais do que aqueles sem essas dificuldades; (5) dos estudantes que procuraram

ajuda, havia uma maior proporção de indivíduos que não pertencia a nenhum grupo social específico; (6) os que procuram a Clínica de Higiene Mental da Universidade de Yale pareciam ter poucas fontes de apoio entre os seus colegas e familiares (Segal, 1966; Giglio, 1976).

A partir da década de 1970, três tipos de estudos foram delineados para coletar dados sobre a saúde mental dos estudantes universitários. O primeiro tinha como objetivo focar o usuário e comparar diferenças entre os que usavam serviços de saúde mental e os que não usavam; o segundo, focava os estudos de prevalência com a utilização de instrumentos, escalas padronizadas, protocolos de entrevistas e questionários de auto-preenchimento; e o terceiro focava os estudos de incidência a partir de métodos epidemiológicos, considerando a frequência de surgimento de novos transtornos mentais e problemas emocionais em um determinado período (Hahn, 1994).

Por volta de 1982, um estudo conduzido por Rimmer et al. na Universidade de Washington, teve como objetivo estimar a incidência e a prevalência de transtorno mental entre universitários. Uma entrevista estruturada foi aplicada em 158 estudantes num período de quatro anos (no início de cada ano, e uma no final do quarto ano), baseada nos critérios diagnósticos do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-III). Fizeram parte do escopo do questionário: dados sócio-demográficos, histórico escolar e familiar, experiências pessoais, sintomatologia psiquiátrica e uso de álcool, tabaco e outras drogas. Os resultados indicaram que: (1) a prevalência de transtornos mentais foi de 39% (61 estudantes); (2) a taxa de incidência foi de 24% (38 casos novos) no período de quatro anos; (3) os transtornos depressivos foram predominantes; (4) o gênero feminino apresentou taxa de transtorno mental mais elevada do que o gênero masculino (Rimmer et al., 1982; Cechiari, 2004).

Em 1987, um estudo foi realizado no México por Mendonza e Medina-Mora, utilizando o instrumento General Health Questionnaire (GHQ-60) desenvolvido por Goldberg¹ em 1972, na Inglaterra, para detectar transtornos mentais não psicóticos. Um total de 295 estudantes (204 mulheres e 91 homens) respondeu ao questionário, sendo

¹ Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire: a technique for the identification and assessment of non psychotic psychiatric illness. Oxford Un. Press, London, 1972.

85,76% solteiros, com média de idade de 20 anos. Os dados demonstraram uma prevalência de 39,3% de sofrimento mental entre estudantes universitários (Mendonza e Medina-Mora, 1987).

Nesse estudo, a prevalência de sofrimento mental entre os estudantes esteve associada ao baixo desempenho acadêmico, falta às aulas e abandono da universidade. Além disso, levantou-se a hipótese de que sentimentos depressivos e de baixa auto-estima poderiam estar associados à maior dificuldade de integração ao grupo estudantil. Apontou-se a necessidade de aprimorar instrumentos padronizados e validados para detectar prevalência de transtorno mental, alcoolismo e drogadição nessa população (Mendonza e Medina-Mora, 1987).

De acordo com dados dos Estados Unidos², cerca de um quarto de mais de 69.000 estudantes de medicina apresenta algum tipo de sofrimento mental, sendo 7% a 18% relativos a problemas envolvendo uso de substâncias psicoativas (Roberts et al., 2001).

A partir dessa observação, um estudo foi conduzido por Roberts et al. (2001) nos anos de 1996 e 1997, em nove faculdades de medicina dos Estados Unidos. Um total de 1.027 estudantes (483 mulheres e 539 homens) respondeu a um questionário sobre sofrimento mental, sendo 94% com idade inferior a 30 anos, 74% de etnia branca e 65% solteiros. Encontrou-se a prevalência de 46% de sintomas psiquiátricos (pelo menos uma vez ao longo do curso) nos estudantes, tais como: estresse (26%), fadiga (21%), ansiedade (19%), depressão (18%) e distúrbios alimentares (5%). O uso de substâncias psicoativas foi relatado por apenas 5% dos estudantes. Concluiu-se nesse estudo que 47% da população necessitaram de ajuda para lidar com problemas relativos a algum tipo de sofrimento mental e de uso de substâncias psicoativas (Roberts et al., 2001).

Em 1998 foi realizado um estudo no Canadá (Adlaf, 2001), denominado “The 1998 Canadian Campus Survey (CCS)”, para descrever a prevalência de elevado sofrimento psicológico entre estudantes universitários. O instrumento General Health Questionnaire (GHQ-12) foi aplicado em uma amostra de 7.800 estudantes de 16

² Lane LW et al. Caring for medical students as patients. Arch Intern Med. 1989;150:2249-2253; Lloyd C, Gantrell NK. Psychiatric symptoms in medical students. Compr Psychiatry. 1984;25:552-565; Brown et al. Medical students' need of and support for substance-abuse prevention. Teach Learn Med. 1995;7:102-110.

universidades. Verificou-se que 30% dos estudantes apresentaram elevado sofrimento mental, sendo mais prevalente entre o gênero feminino. Observou-se também que a prevalência de sofrimento mental entre estudantes universitários foi significativamente maior do que na população geral do Canadá (Adlaf, 2001).

No Chile, Benitez et al. (2001) realizaram um estudo com 305 estudantes de medicina e encontraram a prevalência de 41% de morbidade psiquiátrica entre esses estudantes. A pesquisa revelou que os “calouros” do primeiro ano estavam mais sujeitos a apresentar algum tipo de transtorno mental do que os estudantes “veteranos” do quarto ano de medicina (Benitez et al., 2001; Cerchiari, 2004).

Reifler (2006) fez uma ampla revisão (Tabela 1) de estudos epidemiológicos de estimativas de incidência e de prevalência de doenças psiquiátricas entre estudantes universitários nos Estados Unidos. Os dados obtidos revelaram prevalências de distúrbios psiquiátricos variando de 6% a 28%, demonstrando que há uma constância relativa dessas estimativas apesar das diferenças metodológicas, inclusive em relação à própria definição de “distúrbio psiquiátrico” (Reifler, 2006).

Tabela 1- Revisão de prevalência de transtorno mental entre estudantes universitários dos EUA (1920-1968)

Estudo	Ano	Universidade	Tamanho da amostra	População	Instrumento	% Transtorno
Cobb	1920	Harvard	1.141	“Calouros”	Exame neuro-psiquiátrico breve	16.4
Morrison e Dichl	1924	Minnesota	2.295	Todos os “calouros”	Questionário e entrevista	6
Blanton	1925	Wisconsin	1.000	“Veteranos”	Questionário	10
Angell	1927	Michigan	216	Voluntários do curso de Psicologia	Questionário	15
Palmer	1937	Pennsylvania	1.619	Classe de “calouros”	Questionário de história médica	16.4
Rust	1960	Yale	833	Amostra de 65% de estudantes de graduação	“Twelve problem” questionnaire	28
Smith et al.	1960	Easonet	80	Amostra probabilística de 20% de “calouros” do sexo masculino	Avaliação de saúde da Universidade	12
Weiss et al.	1965	Wellround	4.842	Seis classes de “calouros” do sexo masculino	MMPI	12
Phillips	1966	Wellround	100	4% de amostra sistemática probabilística	Escala de saúde mental-item 22	7
Manis	1968	Midwestern College	126	50% “calouros” e 50% “veteranos”	Escala de saúde mental-item 22	16

Fonte: Reifler, 2006.

Reifler (2006) apontou que a principal fonte de conhecimento relativo à saúde mental dos estudantes universitários, em particular sobre o perfil epidemiológico de transtornos mentais, tem sido proveniente de levantamentos realizados em serviços de atenção à saúde mental nos diversos campi norte-americanos. Tal conhecimento, certamente influenciado pelo viés de busca de ajuda profissional, é necessariamente enviesado. Esse autor ressaltou, nesse recente estudo realizado, a grande importância de estudos epidemiológicos com amostras retiradas de salas de aula ou amostras estritamente representativas da população estudantil universitária.

Estudos no Brasil

Loreto (1958) realizou possivelmente o primeiro estudo sobre saúde mental em estudantes universitários no Brasil, a partir de dados obtidos do Serviço de Higiene Mental para estudantes da Universidade Federal de Pernambuco. Nesse contexto, para o ano de 1956, ele identificou que cerca de um terço dos estudantes atendidos naquele serviço apresentaram sintomatologia neurótica, e, dois terços, dificuldades de personalidade e padrões de reações emocionais inadequados. Não foram descritos casos de psicose. As queixas relacionavam-se mais à vida pessoal do que à vida acadêmica e os estudantes, de um modo geral, reconheciam que dificuldades emocionais prejudicavam o rendimento nos estudos (Loreto, 1958; Giglio, 1976).

Em trabalho, uma década e meia depois, Loreto (1972) apontou o agravamento dos problemas comuns aos diversos cursos universitários, pelas condições de vida pouco satisfatórias dos estudantes e/ou pela deficiência do sistema pedagógico. Analisando os casos atendidos, dividiu-os em: primeiro, casos com sintomatologia psiquiátrica definida; e, segundo, casos com “*dificuldades emocionais diversas*” (60% da amostra) relativos à fase da constituição da “*identidade*” (Loreto, 1972; Giglio, 1976).

Em 1976, Joel Sales Giglio, docente do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM/UNICAMP, realizou a sua tese de doutorado sobre o tema “Bem-estar emocional dos estudantes da UNICAMP”. O objetivo da tese foi estimar a prevalência de problemas emocionais entre os estudantes dos diversos cursos de graduação, avaliando características pessoais e sociais que pudessem estar relacionadas ao bem-estar-emocional.

A coleta de dados foi realizada com 342 estudantes, utilizando dois questionários: o GHQ-60 (para avaliação de distúrbios psiquiátricos não psicóticos) e um questionário de dados pessoais e sociais (QDPS) (Giglio, 1976).

O trabalho de Giglio estimou a prevalência 31,3% de “sofrimento psíquico”, não realizando diagnósticos propriamente ditos. Alguns dos dados encontrados revelaram que o sexo feminino e o maior o número de irmãos por parte do estudante tenderam a apresentar escores mais altos no GHQ. As variáveis que mais estiveram associadas a apresentar “sofrimento psíquico” foram: (1) pior expectativa de realização profissional no mercado de trabalho e de boa remuneração; (2) sentir que a universidade não estava correspondendo às expectativas (ou seja, dos estudantes que estavam fazendo o curso desejado, mais da metade (51,2%) achava que a universidade não estava correspondendo às suas expectativas); (3) percepção de relacionamento insatisfatório entre os pais; e, (4) não trabalhar (segundo o autor, trabalhar provavelmente favorecia a saúde mental, principalmente se o trabalho tinha relação com o curso) (Giglio, 1976).

Como a prevalência de transtornos depressivos e ansiosos é maior, e de transtornos psicóticos menor entre os estudantes universitários, pesquisadores têm utilizado os termos “transtornos psiquiátricos menores”, “transtornos mentais menores” (TMM) e “transtornos mentais comuns” (TMC) para designar transtornos psiquiátricos menores nessa população. Segundo Goldberg e Huxley (1992) “transtornos psiquiátricos menores” são comumente encontrados nos estudantes universitários e afeta o desempenho nas atividades diárias. Alguns dos sintomas incluem insônia, fadiga, irritabilidade, esquecimentos e dificuldades de concentração, assim como sintomas psicossomáticos. Não incluem sintomas psicóticos, dependência química ou transtornos de personalidade (Goldberg e Huxley, 1992; Facundes e Ludermir, 2005).

Benvegnú et al. (1996) conduziram um estudo utilizando o Self Reporting Questionnaire (SRQ-20)³ para estimar a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) em estudantes do primeiro ao décimo semestre de medicina, da Universidade Federal de

³ O SRQ-20 é um instrumento criado pela Organização Mundial da Saúde, composto por 20 questões sim/não, sendo quatro sobre sintomas físicos e 16 sobre transtornos psicológicos, referente aos últimos 30 dias (Facundes e Ludermir, 2005).

Santa Maria. Os dados revelaram uma prevalência de 31,7% de transtornos mentais comuns nessa população (Benvegnú et al., 1996; Facundes e Ludermir, 2005).

Cerchiari (2004) realizou um estudo de corte transversal com o objetivo de estimar a prevalência de transtornos mentais menores (TMM) em estudantes universitários dos cursos de ciência da computação, direito, letras e enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS) e do curso de enfermagem da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS). O instrumento GHQ-60 foi aplicado em 558 estudantes (71% do sexo feminino e 29% do sexo masculino). Encontrou-se uma prevalência de 25% de TMM entre os estudantes, sendo distúrbios psicossomáticos (29%), estresse (28%) e falta de confiança na capacidade de desempenho (26%). Os dados sugeriram que morar com a família favorece o bem-estar psicológico do estudante universitário, enquanto que morar em república e pensionato é um fator de risco à saúde mental (Cerchiari, 2004).

Outro estudo transversal foi realizado em 2001 na Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) por Facundes e Ludermir, para determinar a prevalência de transtornos mentais comuns (TMC) em estudantes de graduação dos cursos de educação física, enfermagem, odontologia e medicina. Um total de 443 estudantes (69,8% mulheres e 30,2% homens) respondeu ao SRQ-20 e a prevalência de TMC foi de 34,1%. Neste estudo, a análise bivariada mostrou associação entre transtornos mentais comuns e “não residir com os pais ou parentes” ($p=0,02$). Na análise multivariada, as variáveis mais significativas associadas a ter TMC foram: “sentir-se sobrecarregado pelas funções acadêmicas” e “presença de situações especiais durante a infância e adolescência” (Facundes e Ludermir, 2005).

Tal prevalência encontrada de 34,1% de TMC em estudantes de Pernambuco foi considerada alta por Facundes e Ludermir (2005), quando comparada com a revisão realizada por Goldberg e Huxley (1992) sobre a taxa encontrada em estudantes de países industrializados (que variou de 7% a 30%). Já no Brasil, estudos realizados por Lima et al. (1996) e Ludermir (2000) apontaram taxas de transtornos mentais comuns entre 22% e 35% (Goldberg e Huxley, 1992; Lima et al., 1996; Ludermir, 2000; Facundes e Ludermir, 2005).

De acordo com Facundes e Ludermir (2005), apesar de não poder atribuir causalidade num estudo do tipo transversal, sabe-se que as questões que retratam os aspectos internos da vida subjetiva do estudante são fundamentais no processo de adaptação do mesmo à vida universitária. Verificou-se nesse estudo, que os estudantes que experimentaram maior dificuldade de socialização na vida escolar anterior apresentaram maior prevalência de TMC. Nesse sentido, destacou-se a importância da assistência psicológica para estudantes universitários, a fim de prevenir a piora de sintomas e fortalecer as funções do ego.

1.4- Uso de álcool e de outras substâncias psicoativas entre estudantes universitários

Estudos em diferentes contextos socioculturais, ao longo do mundo, têm indicado uma alta prevalência de uso de álcool, assim como de transtornos relacionados a tal uso, em estudantes universitários, quando comparados a jovens não-universitários (Dawson et al., 2004; Karam et al., 2007). Tal padrão pode ser atribuído à fase bem conhecida de desenvolvimento pessoal e social que os estudantes universitários atravessam, na qual eles se afastam do ambiente familiar e de antigas amizades anteriormente constituídas. Ao longo dos anos universitários, o estudante atravessa uma fase de vulnerabilidade intelectual, emocional e social, em um novo ambiente caracterizado por marcante influência dos amigos e colegas da universidade, assim como por uma massiva exposição a bebidas alcoólicas, favorecidas tanto pelo ethos estudantil, como por rotinas e “rituais” universitários (festas, comemorações, chopadas, reuniões de fim de dia, ida a bares, beber em república etc.). Além disso, o contexto universitário funciona como uma pequena sociedade à parte, na qual os estudantes são expostos em massa ao longo de alguns anos (Karam et al., 2007).

Recentemente, Karam et al. (2007) realizaram ampla revisão sobre estudos internacionais que avaliaram o uso de álcool em estudantes universitários. Os estudos revisados (26 ao todo) são relativos aos anos de 2005 e 2006, realizados na África, Ásia, Austrália, Europa e América do Sul. O foco foi sobre a prevalência de uso de álcool, beber pesado e problemas relacionados, assim como sobre a eficácia dos métodos de intervenção.

Os autores concluíram que os estudantes universitários em muitos países apresentaram elevado risco do beber excessivo, com implicações sérias para a saúde, risco este que incluiu também o dirigir embriagado, o uso de outras substâncias psicoativas, assim como a futura dependência do álcool. De modo geral, a prevalência do beber de risco foi relativamente alta na Austrália, Europa, América do Norte e América do Sul, sendo mais baixa na África e na Ásia (Karam et al., 2007).

Um estudo realizado por Adewuya, em 2005, na Nigéria (África), utilizando o AUDIT (The Alcohol Use Disorder Identification Test) numa amostra de 810 universitários da Universidade Obafemi Awolowo, encontrou problemas relacionados ao uso do álcool em 107 estudantes. Destes, 76 (9,4%) eram casos referentes ao uso de risco de álcool; 25 (3,0%) eram casos de uso nocivo ou prejudicial e seis (0,7%) eram casos de dependência do álcool (Adewuya, 2005; Karam et al., 2007).

Na Ásia, Oksuz e Malhan (2005), com o objetivo de comparar as variáveis situação sócio-econômica e uso de álcool, aplicaram um questionário “Health Risk Behavior” em 640 estudantes da Universidade da Turquia, sendo (58,9%) do sexo masculino e (51,1%) do sexo feminino. O uso do álcool não foi diferente entre “calouros” (70,5%) e “veteranos” do segundo ano (81,8%), sendo mais utilizado por rapazes, com pai tendo concluído ensino de nível superior. Entretanto, mães com nível de ensino superior foi um fator de proteção contra o uso do álcool. Os fatores que estiveram associados ao uso pesado de álcool (*heavy drinking*) foram: alto nível sócio-econômico da família do estudante, morar com a família, e pai e mãe com ensino médio concluído (Oksuz e Malhan, 2005; Karam et al., 2007).

Ainda em 2005, na Austrália, um estudo utilizando o AUDIT conduzido por Kypri e Stephenson, com 1.564 estudantes da Universidade da Nova Zelândia, revelou que 63% dos estudantes tiveram escore maior ou igual a oito pontos no AUDIT, indicando possíveis *bebedores de risco (hazardous drinking)* (Kypri e Stephenson, 2005; Karam et al., 2007).

De modo geral, o levantamento realizado por Karam et al (2007) revelou não apenas os continentes que apresentaram, na atualidade, problemas associados ao uso de álcool (definidos pelos critérios: *hazardous drinking, heavy drinking, abuse and*

dependence), mas os fatores de risco e de proteção que mais estiveram relacionados a tal comportamento (Karam et al., 2007).

Pode-se dizer que fatores de risco para estudantes universitários em relação ao beber de risco associaram-se, de modo geral, a ser do gênero masculino, de alto nível sócio-econômico, de família com nível de ensino superior, assim como ter alguém na família e/ou amigo fazendo uso excessivo de álcool. Os fatores de risco ambientais, nesse levantamento, foram sugeridos pelas seguintes variáveis: não ter aulas na sexta-feira (frequência maior de uso de risco de álcool na quinta-feira) e viver na moradia universitária “residential hall”. Os fatores de proteção contra o uso de álcool pareceram estar mais relacionados à religiosidade. No Líbano, por exemplo, acreditar em Deus, ter fé, ter família ou amigos não envolvidos com uso excessivo do álcool, foram considerados fatores de proteção contra o uso de álcool (Karam et al., 2007).

Estudos no Brasil

A partir da década de 1980, pesquisadores no Brasil passaram a investigar padrões de consumo de álcool e de outras substâncias psicoativas em populações específicas. Estudos epidemiológicos passaram a ser realizados com a população estudantil⁴ (Andrade et al., 1997), a partir da constatação de que a juventude era a parcela da população que estava mais vulnerável ao uso de substâncias psicoativas devido às características próprias da idade (Pimont e Barrera, 1982; Andrade et al., 1997). Estudos demonstraram que, nessa faixa etária, ocorre maior número de alterações comportamentais e problemas psicológicos quando do uso de drogas (Kandel et al., 1992; Andrade et al., 1997).

Na década de 1990, o Ministério da Educação passou a investir em pesquisas sobre o uso de álcool e de outras substâncias psicoativas. Na revisão internacional realizada por Karam et al. (2007), sobre o padrão de uso de álcool em diferentes países do mundo, o Brasil aparece como um dos países que mais tem realizado estudos e publicações a respeito do uso de álcool e de outras substâncias psicoativas em estudantes universitários.

⁴ Carlini-Cotrim et al (1989); Carlini et al (1990); Galduróz et al (1994).

Pesquisas têm sido realizadas no Brasil a respeito deste tema, principalmente com estudantes de medicina. Tem-se verificado cada vez mais que a base para o estabelecimento de programas preventivos deve ser decorrente de estudos epidemiológicos, que buscam conhecer não apenas a prevalência, mas o significado do uso de álcool e de outras substâncias psicoativas para a parcela dos estudantes que apresenta tal comportamento.

Sendo assim, um desses estudos, de corte transversal, foi realizado por Borini et al. (1994) a fim de verificar o padrão de uso e de abuso de álcool entre estudantes de medicina de Marília/SP. Os dados indicaram que 260 estudantes (80,7%) de um total de 322 pesquisados faziam uso de bebidas alcoólicas, com predomínio do uso entre o gênero masculino: revelou-se que 40,7% dos estudantes eram bebedores discretos; 29,7% eram bebedores moderados (sendo 23,3% homens e 6,4% mulheres); 18,1% eram bebedores excessivos e 5,0% apresentaram maior risco de tornarem-se dependentes do álcool. A taxa de incidência foi de 13,5% (35 estudantes) e a grande maioria dos estudantes iniciou uso de álcool durante a adolescência, por volta de 16 anos de idade (Borini et al., 1994).

Nesse estudo, a coleta de dados foi realizada dentro de sala de aula, a partir de um questionário anônimo e de auto-preenchimento. Os usuários de bebidas alcoólicas foram classificados de acordo com os valores de corte de Cahalan et al.⁵ (1969) em: bebedores discretos (menos de 212 gramas), bebedores moderados (de 212 a 540 gramas) e bebedores excessivos (acima de 540 gramas) (Borini et al., 1994).

Borini e colaboradores observaram que a maioria dos estudantes (79,2%) bebia em grupo e nenhum indivíduo bebia exclusivamente sozinho. O maior número de usuários de álcool estava cursando o segundo ano, sendo possível que a concretização do processo de socialização, iniciada no primeiro ano, tenha contribuído para este fato. Observaram também, que as condições de moradia influenciaram nitidamente a taxa de bebedores excessivos, com uma sensível redução do número deles entre os estudantes que residiam com os pais ou em pensionatos (Borini et al., 1994).

⁵ Cahalan D, Cisin IH, Crossley HM. American drinking practices: a national study of drinking behavior and attitudes. New Brunswick, NJ: Rutgers Center of Alcohol Studies, 1969.

Em relação à religiosidade, os autores encontraram uma prevalência de uso de álcool entre protestantes (50%) significativamente menor do que entre católicos (75,2%), espíritas (75%) e ateus (94,5%). Entre estes últimos, 89% dos homens e 100% das mulheres faziam uso de bebidas alcoólicas. De acordo com outros estudos⁶ realizados sobre a associação entre “religião” e “uso de álcool”, constatou-se que a falta de religião tenha sido possivelmente uma condição propiciadora para o uso abusivo de álcool (Borini et al., 1994).

Quanto ao desempenho acadêmico, os autores observaram um maior índice de reprovação entre os estudantes que faziam uso regular e freqüente de bebidas alcoólicas. Dessa forma, a taxa de reprovação entre os bebedores excessivos (15,9%) foi mais que o dobro da dos que não bebiam (7,4%). Além disso, o tempo destinado ao estudo do bebedor discreto foi maior do que o do bebedor moderado, que por sua vez foi maior que o do bebedor excessivo (Borini et al., 1994).

Finalmente, a associação entre uso de álcool e de outras drogas revelou que a taxa de bebedores discretos que usavam drogas (5,6%) foi significativamente menor que a dos bebedores moderados (16,3%) e bebedores excessivos (20,5%). A mais alta incidência de abuso de drogas foi observada entre os bebedores excessivos, confirmando que o uso de álcool e de outras drogas ilícitas são variações da dependência farmacológica (Borini et al., 1994).

Outros estudos epidemiológicos envolvendo este tema foram realizados em nove escolas de medicina do Estado de São Paulo, sob a coordenação de Arthur Guerra de Andrade. As nove faculdades que participaram da pesquisa foram: Escola Paulista de Medicina (UNIFESP); Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo; Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP); Faculdade de Medicina do ABC; Faculdade de Medicina de Botucatu (UNESP); Faculdade de Medicina de Marília; Faculdade de Medicina de Santo Amaro; Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP); e Faculdade Regional de Medicina de São José do Rio Preto.

⁶ Jolly e Orford (1983); Mullen et al (1986); Clarke DC et al (1987); Crawford A (1987) e Hilton ME (1987).

Um total de 3.725 (71%) estudantes de medicina matriculados do primeiro ao sexto ano, nessas universidades, respondeu a um questionário de auto-preenchimento elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS)⁷, com o objetivo de diagnosticar o padrão de uso *na vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias*, das seguintes substâncias psicoativas: álcool, tabaco, maconha, alucinógenos, cocaína, anfetaminas, anticolinérgicos, solventes orgânicos, tranqüilizantes ansiolíticos, opiáceos, sedativos e barbitúricos (Kerr-Corrêa et al., 1999).

Kerr-Corrêa e colaboradores (1999) foram responsáveis pela coleta de dados realizada com um total de 421 (78%) estudantes da Faculdade de Medicina de Botucatu/UNESP, em 1994. Os dados obtidos na UNESP foram comparados, segundo a substância utilizada, aos dados obtidos nos levantamentos realizados nas outras escolas médicas. Em relação aos dados sócio-demográficos, verificou-se que os estudantes de modo geral (capital e interior) eram de nível sócio-econômico alto. Ou seja, 40% dos estudantes declararam renda familiar superior a 20 salários mínimos/mês, sendo que 63% dos pais e 43% das mães concluíram nível superior de ensino. A média da idade dos estudantes de Botucatu foi de 21,7 anos (a variação entre as escolas foi de 21,2 a 22,3 anos). Houve em todas as escolas um predomínio de estudantes solteiros (95%), sendo 47% mulheres e 53% homens (Kerr-Corrêa et al., 1999).

A análise de uso de álcool e de outras drogas entre estudantes da UNESP indicou a prevalência das seguintes substâncias: *uso na vida*: (85%) álcool, (33%) tabaco, (30%) solventes, (17%) maconha, (14%) benzodiazepínicos, (6%) anfetaminas e (3%) cocaína; *uso no mês*: (50%) álcool, (7%) tabaco, (8%) solventes, (6%) maconha, (3%) benzodiazepínicos, (1%) anfetaminas e (0,5%) cocaína. A análise geral do uso de álcool e drogas (*na vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias*), indicou a ordem de prevalência das seguintes substâncias: álcool, tabaco, solventes, maconha, tranqüilizantes e cocaína (Kerr-Corrêa et al., 1999).

⁷ Smart RG, Hugles PH, Johnstorn LD et al. A methodology for student drug-use surveys. WHO Offset Publication, Genebra, 1980.

A análise logística mostrou que o uso de álcool e de outras drogas pelos estudantes da UNESP, assim como das outras escolas⁸, foi favorecido por: ser homem; perder aulas sem razão para isso ou ter muito tempo livre nos finais de semana; e ter uma atitude favorável em relação ao uso de álcool e drogas (Kerr-Corrêa et al., 1999).

Um outro estudo sobre o uso de álcool e de outras substâncias psicoativas foi realizado por Andrade et al. (1997), em 1996, com 2.564 estudantes de graduação das áreas de ciências humanas, biológicas e exatas da Universidade de São Paulo (USP). Foi utilizado o mesmo questionário anônimo e de auto-preenchimento proposto pela OMS (Smart et al., 1980), com o objetivo de diagnosticar *uso na vida, nos últimos 12 meses e últimos 30 dias* das seguintes substâncias: álcool, tabaco, maconha, alucinógenos, cocaína, anfetaminas, anticolinérgicos, tranqüilizantes, ansiolíticos, antidistônicos, opiáceos, sedativos, barbitúricos e anabolizantes. Com a intenção de condensar os dados, as substâncias pesquisadas foram divididas em quatro categorias: álcool, tabaco, “drogas” (incluindo todas as substâncias psicoativas investigadas no questionário, exceto álcool e tabaco) e cocaína (Andrade et al., 1997).

Encontrou-se nesse estudo o perfil de estudantes com idade entre 20 e 24 anos (60%), solteiros (91%), morando com a família (81%), com religião (72%), porém não praticante (61%). Constatou-se que a droga mais usada *alguma vez na vida* foi o álcool (90,1%). O tabaco foi utilizado *na vida* por 43,3% dos estudantes, sendo 23,5% nos *últimos 30 dias*. O uso de “drogas” *na vida* foi de 38,1%, sendo 23,6% nos *últimos 12 meses* e 18,9% nos *últimos 30 dias*. Obtiveram-se também dados referentes ao uso *na vida* para maconha (30,6%), solventes (18,2%) e cocaína (7,1%). As variáveis que mais se associaram ao uso de drogas foram: pertencer ao gênero masculino, morar sem a família (o *uso na vida* e nos *últimos 12 meses* de tabaco, “drogas” e cocaína é maior para os estudantes que moram sem a família) e estudar no período noturno (Andrade et al., 1997).

Quando os dados dos dois estudos realizados por Andrade e colaboradores - estudantes da USP (Andrade et al., 1997) e estudantes de medicina das nove escolas médicas paulista (Andrade et al., 1996) - foram comparados (a partir da utilização da

⁸ Andrade AG, Bassit AZ, Kerr-Corrêa F, Tonhon AA, Boscovitz EP, Cabral M, et al. Fatores de risco associados ao uso de álcool e drogas na vida, entre estudantes de medicina do Estado de São Paulo. Rev ABP-APAL. 1997;19:117-26.

mesma metodologia), constatou-se que os estudantes da USP (incluindo os estudantes de medicina) fizeram 1,5 vezes mais uso de álcool nos *últimos 30 dias* do que os demais estudantes de medicina das outras escolas médicas. Tal dado foi interpretado pelos pesquisadores como provavelmente decorrente da oferta de bebidas alcoólicas em ambientes universitários de outras áreas que não a da saúde. Quanto ao uso de maconha nos *últimos 30 dias*, observou-se também maior uso entre estudantes da USP.

Mais recentemente (2005), um estudo de Stempliuk e colaboradores visou comparar as prevalências de uso de diversas substâncias psicoativas em estudantes de graduação da USP, a partir de dois levantamentos realizados (o primeiro em 1996 e o segundo em 2001) utilizando-se a mesma metodologia. Os estudantes (amostragens de 2.564 em 1996 e 2.837 em 2001) foram aleatoriamente selecionados de acordo com suas áreas de estudo (biológicas, exatas e humanas) e responderam a um questionário anônimo e de auto-preenchimento para verificar o uso de substâncias psicoativas *na vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias* (Stempliuk et al., 2005).

A prevalência nesse estudo de uso de drogas ilícitas *na vida* foi de (39,40%) para o ano de 1996 e de (45,10%) para o ano de 2001. As drogas que apresentaram aumento de uso estatisticamente significativo *nos últimos 30 dias*, foram: maconha (14,90% em 1996 e 16,90% em 2001); inalantes (4,10% em 1996 e 6,50% em 2001); anfetaminas (2,20% em 1996 e 3,40% em 2001) e substâncias ilícitas em geral (17,30% em 1996 e 21,80% em 2001) (Stempliuk et al., 2005).

Os pesquisadores observaram que o aumento do uso de substâncias psicoativas entre as duas pesquisas pareceu refletir atitudes e opiniões favoráveis sobre o uso experimental e regular de algumas substâncias psicoativas. Constatou-se, por exemplo, o aumento na aprovação do uso experimental e regular de cocaína, crack, anfetaminas e inalantes, seguindo uma tendência mundial de aumento de uso de drogas. Além disso, observou-se que a prevalência de uso de drogas entre estudantes da USP permaneceu alta se comparada à população geral e estudantes dos ensinos fundamental e médio, sendo similar à prevalência encontrada entre estudantes de outras universidades brasileiras (Stempliuk et al., 2005).

Wagner et al. (2007) realizaram um estudo focando as diferenças entre os gêneros quanto ao padrão de consumo de álcool e de outras drogas, a partir da comparação dos dados obtidos nos levantamentos realizados na USP em 1996 e 2001 (Wagner et al., 2007).

Tais pesquisadores observaram que os rapazes apresentaram um aumento significativo de *uso na vida* de tabaco (de 44,8% para 50,9%), maconha (de 33,7% para 39,5%) e alucinógenos (de 6,6% para 14,1%). Para o consumo relatado nos *últimos 12 meses* observou-se um aumento significativo, para ambos os gêneros, no uso de maconha (de 22,3% para 27,1% entre os homens e de 12,9% para 16,9% entre as mulheres), anfetaminas (de 1,9% para 5,0% entre os homens e de 3,4% para 5,6% entre as mulheres) e inalantes (de 9,8% para 15,7% entre os homens e de 5,4% para 10,6% entre as mulheres). Finalmente, observou-se entre os homens um aumento de consumo, nos *últimos 30 dias*, de tabaco (de 19,6% para 23,5%), maconha (de 15,8% para 20,5%), anfetaminas (de 1,1% para 3,2%) e inalantes (de 4,0% para 7,9%) (Wagner et al., 2007).

Um estudo recente de Rodrigues e colaboradores (2007) foi realizado com estudantes universitários da Universidade Católica Dom Bosco, *campus* de Campo Grande/MS. O instrumento AUDIT, para rastreamento de uso de álcool, foi aplicado dentro de sala de aula em uma amostra de 103 estudantes (89 mulheres e 14 homens) do primeiro ao quarto ano do curso de enfermagem. Os resultados indicaram que 21,36% dos estudantes foram considerados *bebedores de risco* (obtiveram oito pontos ou mais no instrumento), sendo mais prevalente entre o gênero masculino (35,71%), do que entre o gênero feminino (19,10%).

1.5- Comportamentos de risco entre estudantes universitários

Estudos envolvendo este tema têm sido enfatizados por pesquisadores do mundo todo, dada às diversas situações envolvendo jovens em acidentes de carro e outros tipos de comportamentos de risco (relação sexual sem proteção; uso de risco de álcool, incluindo o “beber se embriagando” ou “*binge drinking*”; uso de substâncias psicoativas, etc).

A definição que tem sido utilizada pela literatura científica para o termo “*binge drinking*” (Kerr-Corrêa et al., 2003; Keller et al., 2007), refere-se ao consumo de cinco ou mais drinques para homens e quatro ou mais para mulheres, em uma única ocasião, por mais de uma vez em um período de duas semanas.

Estudos europeus indicaram, na Itália, poucos estudos sobre o tema “*binge drinking*”, apesar do consumo de álcool ser considerado um problema relevante de saúde pública naquele país. Em razão disso, no primeiro semestre de 2005 foi realizado um estudo sobre o comportamento “beber se embriagando”, com 1000 estudantes de graduação que responderam a um questionário sobre questões sócio-demográficas e atitudes em relação ao consumo de álcool. Os dados revelaram que 33% dos estudantes foram considerados “*binge drinkers*”, a partir das seguintes classificações obtidas: “não bebedores”, “bebedores sociais”, “*binge drinkers*” e “bebedores pesados” de álcool. Percebeu-se diferenças entre os tipos de bebedores quanto às suas expectativas em relação ao álcool e as sensações decorrentes do uso, o que indicou a necessidade de implantar programas preventivos, principalmente para a categoria “*binge drinkers*” (D’Alessio et al., 2006).

Outro estudo europeu, de corte transversal, foi realizado para estimar a prevalência de “*binge drinkers*” entre estudantes de medicina da Alemanha, e sua relação com a saúde geral, atitudes relacionadas ao álcool e percepção de normas sociais. Um total de 271 “calouros”, com média de idade de 20.6 anos, respondeu a um questionário de auto-preenchimento, dos quais foram analisados 252 questionários (62% respondido por mulheres e 38% por homens). Os estudantes do sexo masculino relataram maior frequência de episódios “*binge drinking*” do que estudantes do sexo feminino, sendo que 24% do total da amostra relatou um episódio “*binge drinking*” nas duas últimas semanas e foram considerados “*infrequent bingers*” e 28% apresentaram dois ou mais episódios nesse período de tempo, sendo considerados “*frequent bingers*” (Keller et al., 2007).

Nesse estudo de Keller e colaboradores (2007), os estudantes considerados “*frequent bingers*” relataram mais vantagens em beber e maior desejo de beber. Também apresentaram maior uso de cigarro e maconha, ausência de exercício físico e alimentação não baseada em frutas e verduras, quando comparados aos outros estudantes com menor

uso de álcool. A categoria “*binge drinking*” foi prevalente neste estudo e esteve claramente associada a ter outros comportamentos de risco (Keller et al., 2007).

Estudos no Brasil

No Brasil, levantamentos realizados por Kerr-Corrêa et al. (2003) sobre o uso de álcool entre estudantes da UNESP nos anos de 1998, 2000 e 2001, indicaram que 25% dos estudantes “bebem se embriagando”, ou seja, bebem cinco ou mais drinques em uma única ocasião, por mais de uma vez em um período de duas semanas (Kerr-Corrêa et al., 2003).

Dentre os fatores de risco para o uso de álcool e drogas, Kerr-Corrêa e colaboradores chamaram a atenção para o fato de que faculdades públicas de medicina do interior têm a maioria das vagas ocupadas por estudantes de fora da cidade e de outras regiões. Essa peculiaridade faz com que boa parte dos estudantes não more com seus pais e/ou parentes, fato já associado⁹ com maior uso de álcool e de outras drogas (Kerr-Corrêa et al., 1999).

Esses pesquisadores também identificaram que a pouca oferta de atividades culturais e/ou esportivas na cidade de Botucatu facilitava a ida dos estudantes a bares e festas em repúblicas, aumentando a frequência de uso de álcool, e às vezes, de solvente e de maconha. Demonstraram a necessidade de uma análise estatística mais apurada desses dados, mas citaram trabalho anterior de Mesquita e colaboradores (1995), sobre a associação entre frequência constante a bares e aumento da probabilidade do uso de drogas em geral e de álcool em particular (Mesquita et al., 1995; Kerr-Corrêa et al., 1999).

Outro comportamento de risco envolvendo estudantes universitários está relacionado ao “dirigir embriagado”. Sabe-se que a elevada mortalidade por acidentes de trânsito representa um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. Os jovens, especialmente do sexo masculino, são o grupo com maior envolvimento em acidentes de trânsito fatais (Andrade e Jorge, 2000; Zhang et al., 2000; Marín-León e Vizzotto, 2003).

⁹ Andrade AG et al. Uso de álcool e drogas entre alunos de graduação da Universidade de São Paulo. Rev ABP-APAL. 1997; 19:53-9; e Andrade AG et al. Fatores de risco associados ao uso de álcool e drogas na vida, entre estudantes de medicina do Estado de São Paulo. Rev ABP-APAL. 1997;19:117-26.

Um dos motivos que levou Andrade e colaboradores a organizar o estudo envolvendo nove faculdades de medicina do estado de São Paulo, visando estimar o padrão de uso de álcool e de outras drogas entre universitários, foi a constatação dos diversos acidentes de carro envolvendo estudantes após ingerir álcool e outras drogas. Entre os anos de 1992 e 1993, três estudantes de medicina de Botucatu morreram em acidentes nessas condições (Andrade et al., 1997; Kerr-Corrêa et al., 1999).

Marín e Queiroz (2000) realizaram uma revisão da literatura sobre a importância do “comportamento” como fator que contribui para a maior ou menor ocorrência de acidentes de trânsito, tais como: o estilo de conduzir, o modo pelo qual as pessoas fazem julgamentos e tomam decisões; entre elas, as de ultrapassar, mudar de pista e avançar sinal. Observou-se que o consumo de álcool é o fator que está mais associado a ter acidentes de trânsito, pois o efeito do uso do álcool dificulta a tomada de decisões e entorpece as habilidades psicomotoras. Além disso, os jovens apresentaram maior risco de envolvimento em acidentes de trânsito devido ao comportamento impulsivo, ousadia e confiança excessiva em sua própria desenvoltura (Marín e Queiroz, 2000; Marín-León e Vizzotto, 2003).

Um estudo transversal sobre comportamentos no trânsito foi realizado por Marín-León e Vizzotto (2003), com 2.116 estudantes da UNICAMP entre 18 e 25 anos de idade, sendo 1.214 homens (57,4%) e 902 mulheres (42,6%). Observou-se o maior risco de acidente de trânsito pelo gênero masculino, especialmente entre estudantes de famílias de renda elevada e que têm três ou mais carros. O estudo também revelou a alta frequência de alguns comportamentos inadequados para o trânsito seguro, tais como: excesso de velocidade, avançar o sinal fechado e dirigir após beber. As autoras apontaram a necessidade de intervenções educativas com estudantes do sexo masculino, de classe sócio-econômica elevada e que fazem uso de álcool (Marín-León e Vizzotto, 2003).

Na presente tese, buscou-se de forma sistemática colher dados originais e fidedignos para o aprofundamento do estudo das dificuldades relacionadas a possíveis transtornos mentais, uso de risco de álcool, uso de outras substâncias psicoativas e comportamentos de risco associados a tais usos, entre os estudantes de graduação da UNICAMP. Como o uso de álcool e de outras substâncias psicoativas, embora não

implique na maior parte das vezes um padrão de dependência estabelecida, mas envolve riscos significativos para a saúde física e mental dos jovens, deu-se ênfase a tal estudo.

Estudantes universitários são considerados um grupo especial de investimento social do país, particularmente devido às funções de liderança que deverão exercer na sociedade em futuro próximo (Andrade et al., 1997). Portanto, estudos focados nesse grupo devem ser empreendidos, dando-se ênfase às dimensões mais vulneráveis nessa fase da vida.

2- OBJETIVOS

2.1- Objetivos gerais

Verificar a prevalência de transtornos mentais auto-avaliados e de uso de risco de álcool e de outras substâncias psicoativas entre estudantes de graduação da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

2.2- Objetivos específicos

2.2.1- Descrever o perfil sócio-demográfico, cultural e estudantil de uma amostra de estudantes de graduação da UNICAMP.

2.2.2- Identificar fatores que se associam a ter transtornos mentais auto-avaliados e a apresentar um uso de risco de álcool e de outras substâncias psicoativas.

2.2.3- Verificar a prevalência de comportamentos de risco associados ao uso de risco de álcool e de outras substâncias psicoativas, assim como identificar os fatores que se associam a apresentar tais comportamentos.

3- MÉTODOS

Trata-se de um estudo de corte transversal, com aplicação de um questionário anônimo e de auto-preenchimento em sala de aula, utilizando-se uma amostra proporcional por áreas dos cursos.

3.1- Sujeitos e local da pesquisa

Os sujeitos são estudantes da UNICAMP, de ambos os sexos, regularmente matriculados nos cursos de graduação das áreas de ciências básicas, exatas, tecnológicas, humanas, artes e profissões da saúde, pertencentes aos períodos diurno e noturno, e aos *campi* de Campinas e Limeira.

Estudantes ouvintes e especiais não foram entrevistados por não serem regularmente matriculados nos cursos de graduação. Os estudantes “calouros” do 1º. semestre não foram entrevistados devido à breve exposição à vida estudantil.

3.2- Critérios de inclusão

- Estudantes de graduação, de ambos os sexos, de todas as áreas, regularmente matriculados nos períodos diurno e noturno.
- Compreender plenamente e concordar livremente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - ANEXO 2) aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP - ANEXO 1).

3.3- Critérios de exclusão

- Estudantes (“calouros”) do 1º. semestre do curso.
- Não estar regularmente matriculado.
- Não dominar a língua portuguesa.

3.4- Aprovação da pesquisa no Comitê de Ética

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas (FCM/UNICAMP) e aprovado em 17/08/2004 (ANEXO 1).

Os procedimentos éticos garantem aos entrevistados a liberdade assegurada de participação voluntária e o sigilo da identidade (no qual nenhum estudante será pessoalmente identificado pelo que responder no questionário), de acordo com os termos da Resolução 196 de 10 de Outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, em vigor, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (<http://www.conselho.saude.gov.br>).

No início da entrevista em sala de aula, comunicou-se aos estudantes os objetivos da pesquisa e estes foram convidados a responder os questionários anonimamente. Os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido foram distribuídos e assinados pelos estudantes que concordaram em participar da pesquisa, tendo sido posteriormente guardados separadamente dos questionários para que ninguém fosse identificado.

O modelo do TCLE encontra-se no ANEXO 2.

3.5- Construção do questionário

Foi elaborado um questionário anônimo, de auto-preenchimento, composto por perguntas abertas e fechadas (na maior parte), contemplando os temas relevantes aos objetivos desta dissertação. Alguns temas que constaram no questionário (qualidade de vida e identidade psicossocial para estudantes de origem parda, negra e oriental) não foram analisados neste trabalho.

A relativa extensão e complexidade do questionário justificou-se por esta população apresentar condições intelectuais para a compreensão e preenchimento do instrumento num tempo médio de 1 hora.

As categorias (perguntas) foram cuidadosamente distribuídas ao longo do questionário, sendo abordados inicialmente temas do cotidiano (situação sócio-demográfica, vida estudantil) e, posteriormente, temas íntimos e pessoais da vida do estudante (saúde mental, uso de álcool, uso de substâncias psicoativas, comportamentos de risco associados a tais usos e sexualidade).

O questionário passou por modificações até a obtenção da versão final. A primeira modificação decorreu do estudo piloto realizado em dezembro de 2004. A segunda modificação procedeu das propostas sugeridas pelos coordenadores de curso, na apresentação da pesquisa na Comissão Central de Graduação (CCG), em junho de 2005, com a participação do Pró-reitor de Graduação.

As alterações visaram a melhor compreensão do questionário e redução da ambigüidade dos seguintes temas: informações sócio-demográficas, condições de moradia, situação estudantil, relacionamento com os amigos, etnia, religiosidade, saúde física, saúde mental e sexualidade.

3.6- Estudo piloto

Participaram do estudo piloto sessenta estudantes de graduação da área da saúde, dos cursos de fonoaudiologia e medicina.

O objetivo deste estudo foi avaliar o questionário de pesquisa verificando o nível de compreensão e aceitabilidade do instrumento a fim de obter respostas mais consistentes. Os dados obtidos neste estudo não foram incluídos no banco de dados e nem submetidos à análise estatística.

3.7- Temas abordados no questionário

1- INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

- Sexo
- Idade
- Número de irmãos
- Nacionalidade
- Estado civil do estudante

1.1- Sobre as condições de moradia:

- Moradia durante a semana (mora em Campinas ou em outra cidade)
- Estado civil dos pais
- Onde mora o pai
- Onde mora a mãe
- Com quem o estudante vive atualmente
- Se dorme sozinho ou divide o quarto
- Se conta com local para estudar em casa
- Se tem telefone pessoal
- Se tem celular
- Se tem computador pessoal
- Se tem internet

- Se tem carro pessoal
- Se a família tem carro
- Se conta com trabalho de empregada doméstica (na casa pessoal)
- Se conta com trabalho de empregada doméstica (na casa da família)
- Se conta com trabalho de diarista/faxineira (na casa pessoal)
- Qual a escolaridade do pai
- Qual a escolaridade da mãe
- Sente-se ou não apoiado e compreendido pelos pais

1.2- Sobre a situação estudantil:

- Onde estudou o primeiro grau
- Onde estudou o segundo grau
- Quanto tempo estuda na UNICAMP
- Qual o curso na UNICAMP
- Qual o ano do curso na UNICAMP
- Qual o semestre do curso na UNICAMP
- Qual o período (diurno/noturno) do curso na UNICAMP
- Se entrou no curso desejado
- Se está satisfeito com o curso
- Se já fez outro curso superior

- Se já perdeu um (ou mais de um) semestre do curso na UNICAMP
- Qual o CR (coeficiente de rendimento)
- Se trabalha além de estudar
- Por qual motivo trabalha
- Se desenvolve pesquisa científica
- Como se sente sendo estudante da UNICAMP (auto-estima, realização pessoal)
- Se já procurou na UNICAMP apoio para alguma dificuldade pessoal ou estudantil
- Como vê o relacionamento com os amigos
- De onde provém a maior parte dos amigos (de dentro ou fora da UNICAMP)
- Se conta com alguém dentro da UNICAMP para ajudar a lidar com os problemas pessoais

2- QUALIDADE DE VIDA

- Instrumento WHOQOL-abreviado (World Health Organization Quality of Life)

3- IDENTIDADE PESSOAL E SOCIAL

3.1- Sobre etnia:

- Como se situa em relação ao grupo étnico
- Se já se sentiu discriminado por algum motivo
- Citar três aspectos que acha que caracterizam sua pessoa

3.1.1- Perguntas complementares I: sobre identidade psicossocial para a etnia oriental

- Qual o grupo étnico de origem
- Como se situa em relação à língua do grupo étnico de origem
- Como se situa em relação aos costumes, hábitos e festas orientais
- Como se situa em relação à religiosidade oriental
- Como se situa em relação aos valores desse grupo (hierarquia, obediência, tradição, etc)
- De qual etnia são os amigos mais próximos
- Se namora (ou quiser namorar), prefere uma pessoa de qual etnia
- Se possível, faça comentários sobre a sua identidade relacionada à origem étnica
- Se for o caso e se for possível, faça comentários sobre ter sido ou se sentido discriminado pela etnia de origem

3.1.2- Perguntas complementares II: sobre identidade psicossocial para as etnias negra e parda

- Como se situa em relação a grupos negros ou afros, à cultura negra, à luta contra a discriminação e desigualdade
- De qual etnia são os amigos mais próximos
- Se namora (ou quiser namorar), prefere uma pessoa de qual etnia
- Se possível, faça comentários sobre a sua identidade relacionada à origem étnica

- Se for o caso e se for possível, faça comentários sobre ter sido ou se sentido discriminado pela etnia de origem
- Se percebe ou sente aspectos de racismo no meio social atual
- O que pensa sobre o preconceito ou discriminação racial no Brasil, se está ou não relacionado a um preconceito de classe

3.2- Sobre religião e vida religiosa:

- Se tem religião
- Especificar qual religião
- Se frequenta igreja, culto, missa
- Qual o nome da igreja que frequenta
- Qual o motivo por ter abraçado essa religião
- Se ora ou reza
- Se pode contar com a ajuda dos membros da igreja/religião quando tem problemas ou dificuldades
- Como se situa em relação à fé pessoal
- Como se situa em relação à educação religiosa durante a infância
- Como ficou a vida religiosa após a entrada na UNICAMP
- Se a religião é importante para a identidade pessoal e social
- Se já se sentiu discriminado por ser membro da religião

4- SAÚDE FÍSICA E SAÚDE MENTAL (Tratamento psicológico e/ou psiquiátrico)

- Se teve alguma doença ou problema de saúde significativo
- Relate o seu peso
- Relate a sua altura
- Se já teve contato com algum serviço de saúde mental para tratamento psicológico e/ou psiquiátrico
- Se já procurou na UNICAMP algum serviço de assistência psicológica e/ou psiquiátrica ao estudante
- Descreva como foi o atendimento
- Se alguém da família teve ou tem problemas de saúde mental
- Se alguém da família teve ou tem problemas com uso de álcool e outras drogas

5- SOBRE A SAÚDE MENTAL

- Instrumento M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview)

6- USO DE ÁLCOOL

- Instrumento AUDIT (The Alcohol Use Disorder Identification Test)

7- USO DE OUTRAS DROGAS

7.1- Questionário baseado no método do CEBRID (Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas) para identificação do uso de outras substâncias psicoativas lícitas e ilícitas:

Categorias:

- Nunca usei na vida;
- Usei pelo menos uma vez na vida;
- Usei pelo menos uma vez nos últimos 12 meses;
- Usei nos últimos 30 dias (pelo menos 1 dia; de 6 a 19 dias; em 20 ou mais dias).

Substâncias: tabaco, maconha, cocaína em pó, crack, anfetamina, alucinógeno, ecstasy, solventes, calmantes, esteróide/anabolizante, outras drogas “para dar barato”.

7.2- Comportamentos de risco relacionados ao uso de álcool e de substâncias psicoativas:

- Alguma vez após ter bebido a ponto de ficar embriagado ou após ter usado outra droga dirigiu um veículo?
- Se sim: quando foi a última vez (ano)
- Se sim: quantas vezes fez isso
- Nessa ocasião ocorreu algum acidente ou consequência ruim?
- Alguma vez após ter bebido a ponto de ficar embriagado ou após ter usado outra droga teve relação sexual com parceiro (a) desconhecido (a)?

7.3- Sobre a sua sexualidade:

- Se é virgem
- Se namora
- Se tem vida sexual ativa
- Se sim: com qual idade iniciou vida sexual
- Se tem parceiro (a) sexual fixo (a)
- Qual método de proteção (anticoncepcional) utiliza
- Se usa preservativo na primeira relação sexual
- Se já teve experiência/envolvimento com pessoa do mesmo sexo
- Qual é a orientação sexual
- Se já se sentiu discriminado pela orientação sexual
- Se acha que a religiosidade influi na vida sexual
- Se já praticou aborto

Parte final do questionário:

- Consta uma pergunta sobre o que o estudante achou da pesquisa.
- Dispõe o telefone e o sítio na internet do SAPPE (Serviço de Assistência Psicológica e Psiquiátrica ao Estudante) aos que desejam buscar ajuda psicológica e/ou psiquiátrica.

O modelo “regras de aplicação do questionário” encontra-se no ANEXO 3.

O modelo “relatório de aplicação de bordo” encontra-se no ANEXO 4.

O modelo final do questionário utilizado na pesquisa encontra-se no ANEXO 6.

3.8- Instrumentos utilizados no questionário

O questionário contém instrumentos padronizados específicos para a análise de cada aspecto objetivado, conforme descrito abaixo:

3.8.1- Saúde mental (M.I.N.I.: Mini International Neuropsychiatric Interview)

O M.I.N.I. é uma entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-III-R/IV e da CID-10, destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria, e pode ser utilizada por clínicos após um treinamento rápido de 1 a 3 horas (Amorim, 2000).

Pesquisadores da França e dos Estados Unidos desenvolveram o M.I.N.I. com a finalidade de ser um questionário diagnóstico mais simples e breve que os destinados à pesquisa e mais abrangente que os instrumentos de triagem. A principal característica do instrumento é permitir a avaliação rápida dos principais transtornos do eixo I do DSM-III/IV, pois apresenta qualidades psicométricas comparáveis às de outros questionários diagnósticos padronizados mais longos e complexos. É um instrumento que representa uma alternativa econômica para a seleção de pacientes, segundo critérios internacionais, em estudos clínicos e epidemiológicos (Amorim, 2000).

Os resultados de confiabilidade e validade do instrumento são satisfatórios. Para o desenvolvimento da versão brasileira (adaptada por Amorim, 2000), a metodologia combina procedimentos epidemiológicos e antropológicos, de forma a otimizar a sensibilidade cultural do instrumento (Amorim, 2000).

O M.I.N.I. foi organizado por módulos diagnósticos independentes, elaborados de forma a otimizar a sensibilidade do instrumento, a despeito de um possível aumento de falso-positivos. Para permitir a redução da duração da entrevista são utilizadas as seguintes estratégias: (1) a prioridade é a exploração dos transtornos atuais; (2) a cotação das questões é dicotômica (SIM/NÃO); (3) para todas as seções diagnósticas, uma ou duas questões de entrada que exploram critérios obrigatórios permitem excluir o diagnóstico em

caso de respostas negativas; (4) os algoritmos são integrados à estrutura do questionário, permitindo estabelecer ou excluir os diagnósticos ao longo da entrevista. (Amorim, 2000).

Neste estudo o M.I.N.I. está sendo utilizado como um inventário de queixas auto-referidas pelo estudante a respeito de seu estado mental subjetivo, para os seguintes transtornos psiquiátricos:

- Episódio Depressivo Maior
- Transtorno Distímico
- Hipomania
- Mania
- Transtorno de Pânico
- Agorafobia
- Fobia Social
- Transtorno Obsessivo-compulsivo
- Bulimia
- Transtorno de Ansiedade Generalizada

Os diagnósticos “Insônia” e “Risco de Suicídio”, incluídos no final do instrumento, foram analisados separadamente da categoria diagnóstica “algum transtorno mental” (variável criada para a análise estatística).

3.8.2- Uso de álcool (AUDIT: The Alcohol Use Disorder Identification Test)

O AUDIT é um instrumento do tipo *screening* desenvolvido na década de 1980 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), traduzido e validado no Brasil por Lima et al. (2005). Tem como finalidade identificar pessoas com *consumo de risco, uso nocivo e dependência* de álcool e prevenir problemas decorrentes do uso de álcool, a partir de diferentes níveis de intervenção, dependendo do escore do sujeito no questionário que

pode variar de 0 a 40 pontos. Uma pontuação superior a oito indica a necessidade de um diagnóstico mais específico (Babor et al., 1992; Mendonza-Sassi e Béria, 2003; Henrique et al., 2004; Rodrigues et al., 2007).

O instrumento consiste de 10 questões que avaliam o consumo do álcool nos últimos 12 meses. Como demonstra a tabela 2, as três primeiras questões medem a quantidade e a frequência do uso regular ou ocasional de álcool. As três questões seguintes investigam a ocorrência de sintomas de dependência. As quatro finais referem-se a problemas recentes na vida relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas (Bergman e Källmén, 2002; Rodrigues et al., 2007).

Tabela 2- Questões de avaliação de consumo de álcool (AUDIT)

Categoria	Questão	Conteúdo
Uso de risco do álcool	1	Frequência com que usa álcool
	2	Quantidade típica
	3	Frequência do uso pesado do álcool
Sintomas de dependência	4	Ausência de controle do uso do álcool
	5	Aumento da saliência do uso do álcool
	6	Uso do álcool logo após acordar (pela manhã)
Uso prejudicial do álcool	7	Remorso após beber
	8	Blackouts “apagões”
	9	Prejuízos decorrente do uso do álcool
	10	Outras preocupações decorrentes do uso do álcool

Fonte: Babor et al., 1992.

O AUDIT é um instrumento bastante útil por ser: (1) padronizado, traduzido e validado no Brasil; (2) curto, fácil de usar e flexível, oferecendo informações que podem ser usadas para dar *feedback* aos avaliados (não sendo o caso desta pesquisa por ser anônima); (3) estar de acordo com os critérios diagnósticos da CID-10 quanto ao uso nocivo e dependência do álcool; (4) ser focado no uso recente (Projeto Viver Bem/UNESP).

Em estudos recentes, os autores Babor e Higgle-Biddle (2003) vêm propondo quatro níveis de escore para o AUDIT, possibilitando novos modelos de intervenção e atenção à saúde. A nova proposta de classificação consta na tabela 3 abaixo:

Tabela 3- Níveis de escores do AUDIT

Padrão de uso	Escore AUDIT
Consumo de baixo risco ou abstinência	até 07 pontos
Consumo de risco	de 08 a 15 pontos
Uso nocivo ou consumo de alto risco	de 16 a 19 pontos
Provável dependência	de 20 a 40 pontos

Fonte: Projeto Viver Bem/UNESP

A pontuação maior ou igual a oito equivale a um AUDIT positivo, ou seja, um escore que indica problemas ou riscos relacionados ao padrão de uso de bebidas alcoólicas. Vários termos têm sido utilizados para identificar o grupo de pessoas que pontuam igual ou mais do que oito no AUDIT. Assim, encontram-se na literatura termos como “*problemas com álcool*” (Kerr-Corrêa et al., 2003); “*hazardous drinking*” (uso de álcool perigoso ou de risco) (Karam, 2007); “*beber problemático*” (Rodrigues et al., 2007), ou ainda “*bebedor de risco*” (Babor et al., 1992). Neste trabalho optou-se pela tradução do termo “*hazardous*” por “arriscado” (Houaiss, 1982), ficando assim o termo “*uso de risco*” para estudantes da UNICAMP que pontuaram com oito ou mais no AUDIT.

O AUDIT foi utilizado nesta pesquisa por ser de fácil compreensão e preenchimento, sendo aplicado em pesquisas epidemiológicas com estudantes brasileiros de outras universidades, inclusive com os próprios estudantes da UNICAMP nos programas anuais de prevenção ao uso de álcool dentro da comunidade universitária, conduzido pelo Programa “Viva Mais” da Pró-reitoria de Desenvolvimento Universitário (PRDU).

3.8.3- Identificação de uso de outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas)

Um questionário baseado no método do CEBRID (Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas) foi construído para identificar o uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas entre os estudantes, considerando-se as seguintes substâncias: tabaco, maconha, cocaína em pó, crack, anfetamina, alucinógeno, ecstasy, solventes, calmantes, esteróide/anabolizante e outras drogas psicoativas “para dar barato”.

O método utilizado pelo CEBRID é baseado no questionário de auto-preenchimento proposto pela OMS a fim de levantar informações sobre o *uso na vida* (uso de substância psicoativa pelo menos uma vez na vida); *uso no ano* (uso de substância psicoativa pelo menos uma vez nos últimos doze meses); *uso recente ou no mês* (uso de substância psicoativa pelo menos uma vez nos últimos 30 dias); *uso freqüente* (uso de substância psicoativa seis ou mais vezes nos últimos 30 dias); *uso moderado* (uso de substância psicoativa semanalmente, mas não todos os dias, durante o último mês) e *uso pesado* (uso de substância psicoativa diariamente durante o último mês).

Neste estudo, o questionário visou medir o uso de substâncias psicoativas, mas não realizar diagnósticos clínicos como abuso e dependência. O instrumento foi composto pelas seguintes categorias: (1) *Nunca usei na vida*; (2) *Usei pelo menos uma vez na vida*; (3) *Usei pelo menos uma vez nos últimos 12 meses*; (4) *Usei nos últimos 30 dias (pelo menos 1 dia; de 6 a 19 dias; em 20 ou mais dias)*.

3.9- Cálculo do tamanho amostral

Estudos realizados indicam que problemas de saúde mental são relativamente freqüentes na população geral e na população universitária, sendo que entre universitários no exterior a prevalência gira em torno de 30 a 46% (Rimmer et al., 1982; Mendoza e Medina-Mora, 1987; Adlaf, 2001; Roberts et al., 2001), e no Brasil estudos (Giglio, 1976; Benvegnú et al., 1996) indicam prevalência de 30 a 32% de estudantes com problemas relacionados à saúde mental.

De forma conservadora, optou-se por considerar uma prevalência de cerca de 30% ($p=0,300$) de transtornos mentais para esta população. Portanto, o tamanho da amostra foi calculado considerando-se o nível de significância de 1% ($\alpha=0,01$), e um erro amostral de ($d=0,035$). Para uma prevalência de 30%, o tamanho da amostra foi estimada em 1.138 sujeitos. Assim, tal amostra deveria ser extraída de um total de 14.640 estudantes de graduação (ANEXO 5) regularmente matriculados no ano de 2005.

3.10- Divisão da amostra

No início definiu-se que os cursos e turmas que participariam da pesquisa seriam sorteados aleatoriamente, com o objetivo de garantir a representatividade de cada uma das áreas. Entretanto, considerando-se o fato de que os estudantes faltam às aulas com considerável freqüência, optou-se por privilegiar o critério de aplicar o questionário em disciplinas consideradas “mais freqüentadas”, ou seja, com pelo menos 60% dos estudantes presentes em sala de aula no momento da aplicação. Esta mudança de procedimento não permitiu utilizar o tipo de amostra por sorteio aleatório.

O estabelecimento do novo critério justificou-se pela importância de investigar o padrão de uso de álcool e de outras substâncias psicoativas também em estudantes que costumam faltar mais às aulas.

Para garantir que pelo menos 60% dos estudantes estivessem presentes em sala de aula no momento da aplicação, foi solicitado aos professores que não comunicassem a pesquisa previamente aos estudantes, para evitar possíveis faltas às aulas (o que poderia contribuir para o viés dos “estudantes faltosos”).

Solicitou-se à Diretoria Acadêmica (DAC) auxílio técnico para a divisão da amostra (incluindo no primeiro momento apenas o *campus* Barão Geraldo), de acordo com o critério estabelecido das “disciplinas mais freqüentadas” e considerando a representatividade das áreas. A proposta da divisão da amostra pela DAC contemplou um total de 2.500 estudantes e encontra-se no ANEXO 5.

O tipo de método de amostragem utilizado neste estudo foi por conglomerados. Tal método aproximou-se do probabilístico, pois considerou que todos os indivíduos da população teriam as mesmas probabilidades de fazerem parte da amostra, garantindo a representatividade da mesma (Bisquerra, et al., 2004).

O método por conglomerados (*cluster sampling*) parte do pressuposto de que os indivíduos da população constituem agrupamentos naturais, como, por exemplo, os estudantes de uma turma. Neste caso, a unidade de amostragem não é o indivíduo, mas a turma (o conglomerado). Uma vez definidos os conglomerados (no presente estudo, as áreas de ciências básicas, exatas, tecnológicas, humanas, artes e profissões da saúde), é importante que o número e distribuição de indivíduos resultante do procedimento de amostragem, seja proporcional ao total da população (no caso, o total de estudantes universitários matriculados na UNICAMP para o ano de 2005) (Bisquerra, et al., 2004).

3.11- Coleta de dados

A coleta dos dados teve início em outubro de 2005 e término em novembro de 2006. Foram realizadas 37 entrevistas em salas de aula, sendo 1.306 questionários coletados, 1.303 preenchidos e 03 entregues em branco. O tempo de aplicação do questionário em sala de aula teve a duração média de 1 hora.

Contatos foram realizados com coordenadores e professores por meio de telefone, e/ou e-mail, e/ou entrevistas pessoais, nos *campi* Barão Geraldo/Campinas, CESET (Centro Superior de Educação Tecnológica de Limeira) e FOP (Faculdade de Odontologia de Piracicaba).

Dos 36 cursos contatados no *campus* Barão Geraldo nos anos de 2005 e 2006 (Tabela 4), em 13 foi possível a realização da coleta dos dados; em 14 não foi possível a aplicação do questionário devido à recusa formal por parte dos coordenadores; e em nove não foi possível a coleta de dados devido à ausência de resposta aos contatos realizados (pelo menos mais de uma solicitação telefônica e/ou por e-mail). Em agosto de 2006 contatos foram realizados com os coordenadores dos *campi* de Limeira (CESET) e de Piracicaba (FOP).

Os coordenadores que não apoiaram a realização da pesquisa alegaram, na maior parte dos casos, que a metodologia utilizada (coleta de dados dentro de sala de aula) não poderia ser viabilizada devido “à perda de 1 hora/aula do professor”. Alguns coordenadores que se interessaram pelo estudo, mas não concordaram com a metodologia de aplicação dentro de sala de aula, sugeriram que a coleta de dados fosse realizada de outras formas: ou no intervalo de aula; ou em sala de aula disponibilizada para a coleta de dados com estudantes que não estivessem em horário de aula; ou, ainda, a partir da entrega dos questionários aos estudantes, para que fossem respondidos em casa. Essas sugestões não puderam ser aceitas, pois mudaria a abordagem metodológica, alterando o desenho da pesquisa.

A divisão da amostra fornecida pela Diretoria Acadêmica (DAC) para a coleta de dados não pôde ser consolidada no trabalho de campo. Alguns coordenadores consideraram difícil aplicar o questionário nas disciplinas previamente sugeridas, de acordo com o recorte proposto pela DAC. Nos cursos que participaram da pesquisa, outras disciplinas foram recomendadas, seguindo o critério anteriormente estabelecido das “disciplinas mais freqüentadas”.

Tabela 4- Cursos que participaram e cursos que não participaram da coleta de dados no *campus* Barão Geraldo

Curso	Participou	Não participou
1. Música	•	
2. Dança		•
3. Educação Artística		•
4. Artes Cênicas		•
5. Comunicação social: Midialogia		•
6. Ciências Biológicas		•
7. Educação Física		•
8. Medicina	•	
9. Enfermagem		•
10. Fonoaudiologia	•	
11. Farmácia		•
12. Estatística	•	
13. Matemática		•
14. Matemática Aplicada e Computacional		•
15. Ciência da Computação		•
16. Física	•	
17. Química		•
18. Licenciatura Integrada Química/Física (Not)		•
19. Pedagogia		
Pedagogia (Not - Pefopex)	•	
Pedagogia (Not - Proesf)		
20. Letras		•
21. Lingüística		•
22. Estudos Literários	•	
23. Ciências Sociais		•
24. História		•
25. Filosofia		•
26. Ciências Econômicas		•
27. Engenharia Agrícola	•	
28. Engenharia Química	•	
29. Engenharia Mecânica		•
30. Engenharia de Controle e Automação		•
31. Engenharia Elétrica		•
32. Engenharia de Computação	•	
33. Engenharia Civil	•	
34. Engenharia de Alimentos	•	
35. Arquitetura e Urbanismo	•	
36. Ciências da Terra		•

As dúvidas mais frequentes em relação à compreensão do questionário por parte dos estudantes estiveram relacionadas às seguintes questões:

- Página 06 (questão 1.11) sobre as condições de moradia durante a semana (casa pessoal X casa dos pais);
- Página 07 (questão 1.17) sobre o semestre que cursa;
- Página 07 (questão 1.24) sobre a perda de semestre;
- Página 10 (questão 15) do instrumento WHOQOL-abreviado (qualidade de vida);
- Página 13 (questão 3.3) dúvidas sobre o que expressar acerca da identidade.

Dos 1.306 questionários aplicados, 1.144 (88%) foram respondidos pelos estudantes do *campus* de Campinas (Barão Geraldo) e 162 (12%) foram respondidos pelos estudantes do *campus* de Limeira (CESET). Os cursos que participaram da pesquisa encontram-se descritos abaixo, seguindo a ordem de aplicação:

Campus Barão Geraldo/Campinas:

1. Engenharia Agrícola
2. Engenharia de Alimentos
3. Fonoaudiologia
4. Medicina
5. Engenharia Civil
6. Arquitetura
7. Pedagogia, incluindo turmas Proesf e Pefopex (de formação de professores da rede municipal e estadual em exercício na profissão)
8. Física

9. Engenharia Química
10. Música
11. Estatística
12. Engenharia da Computação
13. Estudos Literários

Campus CESET/Limeira:

14. Tecnologia em Telecomunicações (CESET)
15. Tecnologia em Informática (CESET)
16. Tecnologia da Construção Civil (CESET)
17. Tecnologia em Saneamento Ambiental (CESET)

As áreas foram representadas da seguinte forma na pesquisa (Tabela 5):

1. (27%) Ciências humanas e artes;
2. (18%) Profissões da saúde;
3. (55%) Ciências básicas, exatas e tecnológicas.

De acordo com os dados fornecidos pela DAC sobre o total de estudantes regularmente matriculados nos cursos de graduação da UNICAMP em 2005¹⁰, tinha-se a seguinte representação das áreas: 14.640 estudantes matriculados (Tabela 5), sendo 4.519 (31%) de humanas e artes; 2.376 (16%) de biológicas e profissões da saúde; e 7.745 (53%) de exatas e tecnológicas.

¹⁰ Os dados fornecidos não contemplam estudantes matriculados no período noturno (do *campus* de Barão Geraldo); estudantes do CESET (*campus* de Limeira) e estudantes da FOP (*campus* de Piracicaba).

Tabela 5- Distribuição da amostra coletada por áreas dos cursos (n=1.306)

Área/no. estudantes	Total da UNICAMP (%)	Amostra	Total (%)
Ciências humanas e artes	31,0	353	27,0
Profissões da saúde	16,0	232	18,0
Ciências básicas, exatas e tecnológicas	53,0	721	55,0
TOTAL	100	1.306	100

3.12- Variáveis estudadas

3.12.1- Variáveis categóricas dependentes

Tabela 6- Variáveis dependentes

SAÚDE MENTAL

Instrumento M.I.N.I.:

Categoria: “*algum transtorno mental: sim versus não*” considerando a presença de um ou mais de um transtorno psiquiátrico avaliado como queixa pelo estudante, a saber: episódio depressivo maior, transtorno distímico, hipomania, mania, transtorno de pânico, agorafobia, fobia social, transtorno obsessivo-compulsivo, bulimia e transtorno de ansiedade generalizada.

USO DE ÁLCOOL

Instrumento AUDIT:

Categoria: “*uso de risco de álcool*”: sim para AUDIT positivo (≥ 8) versus não para AUDIT negativo (< 8)

USO DE OUTRAS DROGAS

Identificação de uso de substâncias psicoativas:

Categoria: “*uso de drogas: sim versus não*” considerando o agrupamento de maconha (*uso no mês*) e de cocaína em pó, crack, anfetamina, alucinógeno, ecstasy, solventes, esteróide/anabolizante e outras drogas psicoativas “para dar barato” (*uso no mês, no ano, na vida*).

COMPORTAMENTOS DE RISCO

Comportamentos de risco relacionados ao uso de álcool e de substâncias psicoativas:

Categoria: “*comportamento de risco: sim versus não*” considerando o agrupamento de beber e/ou usar drogas e dirigir; e beber e/ou usar drogas e ter relação sexual com parceiro (a) desconhecido (a), baseado nas perguntas abaixo:

1. Alguma vez após ter bebido a ponto de ficar embriagado ou após ter usado outra droga dirigiu um veículo?
 2. Alguma vez após ter bebido a ponto de ficar embriagado ou após ter usado outra droga teve relação sexual com parceiro (a) desconhecido (a)?
-

3.12.2- Variáveis categóricas independentes

Tabela 7- Variáveis independentes

INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS
1. Sexo
2. Idade
3. Estado civil do estudante
Sobre as condições de moradia:
1. Moradia durante a semana (mora em Campinas ou em outra cidade)
2. Estado civil dos pais
3. Onde mora o pai
4. Onde mora a mãe
5. Com quem o estudante vive atualmente
6. Se dorme sozinho ou divide o quarto
7. Se conta com local para estudar em casa
8. Se tem carro pessoal
9. Qual a classe econômica
10. Qual a escolaridade do pai
11. Qual a escolaridade da mãe
12. Sente-se ou não apoiado e compreendido pelos pais
Sobre a situação estudantil:
1. Qual a Área do curso
2. Onde concluiu o ensino fundamental
3. Onde concluiu o ensino médio
4. Quanto tempo (meses) estuda na UNICAMP
5. Qual o semestre do curso na UNICAMP
6. Qual o período do curso na UNICAMP
7. Se entrou no curso desejado
8. Se está satisfeito com o curso
9. Se já fez outro curso superior
10. Se já perdeu um (ou mais de um) semestre do curso na UNICAMP
11. Qual o CR (coeficiente de rendimento)
12. Se trabalha além de estudar
13. Se desenvolve pesquisa científica
14. Como se sente sendo estudante da UNICAMP (auto-estima, realização pessoal)
15. Como vê o relacionamento com os amigos
16. Se tem apoio para as dificuldades dentro da UNICAMP (se conta com alguém dentro da UNICAMP para ajudar a lidar com os problemas pessoais)

IDENTIDADE PESSOAL E SOCIAL

Sobre etnia:

1. Como se situa em relação ao grupo étnico
 2. Se já se sentiu discriminado por algum motivo
-

Sobre religião e vida religiosa:

1. Se tem religião
 2. Especificar qual religião
 3. Se frequenta igreja, culto, missa
 4. Se pode contar com a ajuda dos membros da igreja/religião quando tem problemas ou dificuldades
 5. Como se situa em relação à fé pessoal
 6. Como se situa em relação à educação religiosa durante a infância
 7. Como ficou a vida religiosa após a entrada na UNICAMP
 8. Se a religião é importante para a identidade pessoal e social
 9. Se já se sentiu discriminado por ser membro da religião
-

SAÚDE FÍSICA E SAÚDE MENTAL

(Tratamento psicológico e/ou psiquiátrico)

1. Se teve alguma doença ou problema de saúde significativo
 2. Qual o índice de massa corporal (IMC)
 3. Se já teve contato com algum serviço de saúde mental para tratamento psicológico e/ou psiquiátrico
 4. Se já procurou na UNICAMP algum serviço de assistência psicológica e/ou psiquiátrica ao estudante
 5. Se alguém da família teve ou tem problemas de saúde mental
 6. Se alguém da família teve ou tem problemas com uso de álcool e outras drogas
-

SOBRE A SAÚDE MENTAL

1. Insônia
 2. Risco de suicídio
-

USO DE OUTRAS DROGAS

1. Tabaco
-

Sobre a sua sexualidade:

1. Se é virgem
 2. Se namora
 3. Se tem vida sexual ativa
 4. Com qual idade iniciou vida sexual
 5. Se tem parceiro (a) sexual fixo (a)
 6. Se já teve experiência/envolvimento com pessoa do mesmo sexo
 7. Qual é a orientação sexual
 8. Se já praticou aborto
-

3.13- Procedimento de análise estatística

Para o procedimento de análise estatística foi criado um banco de dados utilizando o programa estatístico “SPSS for Windows” versão 11.5, ano 2002. Os dados foram alimentados pela pesquisadora e por três bolsistas (bolsa-trabalho) disponibilizados pelo Serviço de Apoio ao Estudante (SAE) para auxílio na pesquisa, totalizando 1.306 questionários inseridos no banco de dados.

Do total de 1.306 questionários coletados, 16 questionários de estudantes com 45 anos de idade ou mais não fizeram parte da amostra, sendo considerados *outliers*. Portanto, a análise estatística foi realizada com o total de 1.290 questionários.

A análise estatística teve como objetivo comparar as variáveis de interesse consideradas “dependentes” (“algum transtorno mental”, “uso de risco de álcool”, “uso de drogas” e “comportamento de risco”), verificando a relação destas com as variáveis consideradas “independentes”.

Inicialmente foram feitos procedimentos estatísticos descritivos com as tabelas de frequência de todas as variáveis e análise de associação das variáveis através do *teste qui-quadrado*.

Posteriormente foi realizada a análise de regressão logística, que consistiu em ajustar um modelo para as variáveis dependentes *algum transtorno mental* (sim versus não); *uso de risco de álcool* (AUDIT positivo versus AUDIT negativo); *uso de drogas* (sim versus não); e *comportamento de risco* (sim versus não), em função de cada uma das variáveis independentes. Primeiramente realizou-se a análise de regressão logística *univariada*, e, em seguida, utilizou-se o procedimento *stepwise* para selecionar as variáveis que melhor explicavam as variáveis de interesse, obtendo-se dessa forma modelos de análise *multivariada*.

O nível de significância adotado foi de 5%, ou seja, $p\text{-valor} \leq 0.05$.

O programa computacional utilizado para a obtenção das análises *univariada* e *multivariada* foi “The SAS System for Windows (Statistical Analysis System)”, versão 8.02. SAS Institute Inc, 1999-2001, Cary, NC, USA.

4- RESULTADOS

4.1- Perfil sócio-demográfico da população estudada

Do total de 1.290 questionários analisados nesta pesquisa, verificou-se que 716 (55,5%) correspondem a estudantes do sexo feminino e 571 (44,5%) a estudantes do sexo masculino (como consta na tabela 8). Um total de 92% dos estudantes é solteiro, 82% encontram-se na faixa etária entre 17 e 23 anos e 77% relataram que os pais são casados.

Sobre a moradia durante a semana, 75% residem em Campinas e 25% residem em outras cidades. Dos que residem em Campinas, 42% moram no subdistrito de Barão Geraldo onde localiza-se o *campus* universitário. Um total de 56% dos estudantes vive em república e/ou pensionato e 33% residem com os pais.

O nível sócio-econômico dos estudantes distribuiu-se da seguinte forma: 39% dos estudantes têm nível sócio-econômico médio; 32% têm nível sócio-econômico baixo e 29% têm nível sócio-econômico alto. O nível de escolaridade dos pais revelou que 50% dos pais e 50% das mães têm curso superior completo. A maior parte dos estudantes provém de ensino particular, ou seja, 61% estudaram o ensino fundamental e 67% estudaram o ensino médio em escola particular. A maior parte dos estudantes (81%) relatou contar com um local adequado para estudar onde reside e 33,5% têm o próprio carro pessoal.

Sobre a etnia de origem, 77% provêm de etnia branca, 13% provêm de etnias parda e negra e 9% provêm de etnia oriental. Em relação à religião, 47% são católicos, 24% não têm religião; 15% são espíritas e 14% são evangélicos.

Tabela 8- Perfil sócio-demográfico da população estudada

	Sexo	Feminino (%)	Masculino (%)	TOTAL (%)
Idade	17 a 20 anos	332 (46,0)	283 (50,0)	615 (48,0)
	21 a 23 anos	228 (32,0)	209 (37,0)	437 (34,0)
	24 a 44 anos	156 (22,0)	77 (13,0)	233 (18,0)
	TOTAL	716 (100)	569 (100)	1285 (100)
	5 inu	p=0,001		
Estado civil do (a) aluno (a)	Casado (a)	83 (12,0)	15 (3,0)	98 (8,0)
	Solteiro (a)	632 (88,0)	556 (97,0)	1188 (92,0)
	TOTAL	715 (100)	571 (100)	1286 (100)
	4 inu	p=0,000		
Moradia durante a semana	Campinas (Barão Geraldo)	255 (35,6)	287 (50,0)	542 (42,2)
	Campinas (outros bairros)	262 (36,6)	154 (27,0)	416 (32,4)
	Outras cidades	199 (27,8)	128 (23,0)	327 (25,4)
	TOTAL	716 (100)	569 (100)	1285 (100)
	5 inu	p=0,000		
Estado civil dos pais	Casados	535 (75,0)	452 (79,0)	987 (77,0)
	Solteiros; Mãe solteira; Separados; Divorciados; Viúvos	181 (25,0)	119 (21,0)	300 (23,0)
	TOTAL	716 (100)	571 (100)	1287 (100)
	3 inu	p=0,061		
Com quem vive atualmente	Com os pais	254 (36,0)	165 (29,0)	419 (33,0)
	República; Sozinho (a); Moradia estudantil; Pensionato	346 (48,0)	369 (65,0)	715 (56,0)
	Parceiro (a) sem filhos; Parceiro (a) com filhos; Parentes/amigos	115 (16,0)	34 (6,0)	149 (11,0)
	TOTAL	715 (100)	568 (100)	1283 (100)
	7 inu	p=0,000		
Classe econômica	Baixa	187 (34,0)	133 (29,6)	320 (32,0)
	Média	227 (42,0)	161 (35,8)	388 (39,0)
	Alta	128 (24,0)	156 (34,7)	284 (29,0)
	TOTAL	542 (100)	450 (100)	992 (100)
	298 inu	p=0,001		
Escolaridade do pai	Nenhum; Básico e Fundamental	187 (26,0)	97 (17,0)	284 (22,0)
	Médio e Técnico	214 (30,0)	146 (26,0)	360 (28,0)
	Superior	312 (44,0)	323 (57,0)	635 (50,0)
	TOTAL	713 (100)	566 (100)	1279 (100)
	11 inu	p=0,000		
Escolaridade da mãe	Nenhum; Básico e Fundamental	185 (26,0)	99 (17,0)	284 (22,0)
	Médio e Técnico	186 (26,0)	171 (30,0)	357 (28,0)
	Superior	345 (48,0)	301 (53,0)	646 (50,0)
	TOTAL	716 (100)	571 (100)	1287 (100)
	3 inu	p=0,001		

	Sexo	Feminino (%)	Masculino (%)	TOTAL (%)
Onde estudou o ensino fundamental	Escola pública	300 (42,0)	196 (34,0)	496 (39,0)
	Escola particular	414 (58,0)	374 (66,0)	788 (61,0)
	TOTAL	714 (100)	570 (100)	1284 (100)
	6 inu	p=0,005		
Onde estudou o ensino médio	Escola pública	268 (37,0)	158 (28,0)	426 (33,0)
	Escola particular	448 (63,0)	412 (72,0)	860 (67,0)
	TOTAL	716 (100)	570 (100)	1286 (100)
	4 inu	p=0,000		
Qual o período do curso na UNICAMP	Diurno	472 (67,0)	507 (89,0)	979 (76,5)
	Noturno	236 (33,0)	64 (11,0)	300 (23,5)
	TOTAL	708 (100)	571 (100)	1279 (100)
	11 inu	p=0,000		
Coeficiente de rendimento	Igual ou maior que 0,71	491 (75,0)	262 (48,0)	753 (63,0)
	Menor que 0,71	163 (25,0)	284 (52,0)	447 (37,0)
	TOTAL	654 (100)	546 (100)	1200 (100)
	90 inu	p=0,000		
Trabalha	Não	406 (57,0)	415 (73,0)	821 (64,0)
	Sim	310 (43,0)	156 (27,0)	466 (36,0)
	TOTAL	716 (100)	571 (100)	1287 (100)
	3 inu	p=0,000		
Como se situa em relação ao grupo étnico	Branco	548 (77,0)	440 (78,0)	988 (77,4)
	Negro e pardo	99 (14,0)	71 (13,0)	170 (13,3)
	Oriental	67 (9,0)	52 (9,0)	119 (9,3)
	TOTAL	714 (100)	563 (100)	1277 (100)
	13 inu	p=0,795		
Tem religião	Não	146 (21,0)	185 (33,0)	331 (26,0)
	Sim	564 (79,0)	383 (67,0)	947 (74,0)
	TOTAL	710 (100)	568 (100)	1278 (100)
	12 inu	p=0,000		
Especificar qual religião	Católica	339 (48,0)	264 (47,0)	603 (47,4)
	Evangélica	112 (16,0)	59 (10,0)	171 (13,4)
	Espírita	121 (17,0)	66 (12,0)	187 (14,7)
	Não tem religião	136 (19,0)	175 (31,0)	311 (24,4)
	TOTAL	708 (100)	564 (100)	1272 (100)
	18 inu	p=0,000		

4.2- Saúde Mental

O instrumento M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview) utilizado neste estudo para coletar dados referentes à saúde mental, foi considerado um “inventário de sintomas e sinais auto-referidos” a respeito do estado mental subjetivo do estudante.

Os transtornos mentais específicos foram agrupados em uma única categoria definida por “algum transtorno mental”.

Os resultados (Tabela 9) indicaram que (58%) dos estudantes relataram algum tipo de sofrimento mental (apresentando pelo menos um tipo de transtorno), sendo mais prevalente entre as mulheres (69%) do que entre os homens (45%) ($p=0,001$).

O erro amostral para o total de estudantes entrevistados ($n=1.290$), neste estudo, foi de $d=0,0329$. Considerou-se o nível de significância de 1% ($\alpha=0,01$) e uma prevalência de “algum tipo de transtorno mental” em torno de 30% (optou-se por tal prevalência devido a uma faixa variável de prevalências para diferentes variáveis pesquisadas).

Tabela 9- “Algum transtorno mental” em estudantes da UNICAMP

Algum Transtorno Mental	Feminino (%)	Masculino (%)	Total (%)
Sim	494 (69,0)	256 (45,0)	750 (58,0)
Não	220 (31,0)	313 (55,0)	533 (42,0)
TOTAL	714 (100)	569 (100)	1283 (100)

Teste Qui-Quadrado: ($p=0,001$); 7 informações não utilizadas

A prevalência de transtornos mentais específicos, seguindo a ordem do transtorno que ocorre com maior frequência para o menos frequente nessa população, encontra-se na tabela 10.

Tabela 10- Transtornos mentais específicos em estudantes da UNICAMP, episódio atual (*) e na vida toda (**)

Transtornos mentais específicos	Feminino (%)	Masculino (%)	Total (%)
Transtorno distímico (*) (p=0,000); 10 i.n.u	176 (24,6)	78 (13,7)	254 (19,7)
Episódio depressivo maior (*) (p=0,000); 14 i.n.u	153 (21,4)	70 (12,3)	223 (17,3)
Agorafobia (*) (p=0,003); 22 i.n.u	120 (17,0)	62 (11,0)	182 (14,4)
Mania (**) (p=0,010); 17 i.n.u	114 (15,9)	63 (11,0)	177 (13,8)
Ansiedade generalizada (*) (p=0,001); 13 i.n.u	119 (16,7)	53 (9,3)	172 (13,4)
Transtorno de pânico (**) (p=0,000); 18 i.n.u	109 (15,2)	45 (7,9)	154 (12,0)
Crise de pânico (**) (p=0,000); 18 i.n.u	70 (9,8)	29 (5,1)	99 (7,7)
Fobia social (*) (p=0,057); 27 i.n.u	48 (6,8)	27 (4,8)	75 (5,9)
Bulimia (*) (p=0,000); 28 i.n.u	35 (5,0)	3 (0,5)	38 (3,0)
Transtorno obsessivo-compulsivo (*) (p=0,284); 25 i.n.u	7 (1,0)	5 (0,9)	12 (0,9)

Tabela 11- Análise bivariada para “algum transtorno mental”

	Algum Transtorno Mental	NÃO (%)	SIM (%)	TOTAL
Área do curso	Ciências Humanas e Artes	107 (31,9)	228 (68,1)	335 (100)
	Profissões da Saúde	101 (43,7)	130 (56,3)	231 (100)
	Ciências Básicas, Exatas e Tecnológicas	325 (45,3)	392 (54,7)	717 (100)
	TOTAL	533 (41,5)	750 (58,5)	1283 (100)
	7 inu	p=0,000		
Sexo	Feminino	220 (30,8)	494 (69,2)	714 (100)
	Masculino	313 (55,0)	256 (45,0)	569 (100)
	TOTAL	533 (41,5)	750 (58,5)	1283 (100)
	7 inu	p=0,000		
Idade	17 a 20 anos	294 (48,0)	319 (52,0)	613 (100)
	21 a 23 anos	161 (36,9)	275 (63,1)	436 (100)
	24 a 44 anos	77 (33,2)	155 (66,8)	232 (100)
	TOTAL	532 (41,5)	749 (58,5)	1281 (100)
	9 inu	p=0,000		
Sente-se apoiado pelos pais	Não; Sim, em parte	85 (29,9)	199 (70,1)	284 (100)
	Sim	290 (43,3)	380 (56,7)	670 (100)
	Sim, muito	152 (48,6)	161 (51,4)	313 (100)
	TOTAL	527 (41,6)	740 (58,4)	1267 (100)
	23 inu	p=0,000		
Onde estudou o ensino fundamental	Escola pública	173 (35,1)	320 (64,9)	493 (100)
	Escola particular	359 (45,6)	428 (54,4)	787 (100)
	TOTAL	532 (41,6)	748 (58,4)	1280 (100)
	10 inu	p=0,000		
Como se sente sendo estudante da UNICAMP	Bem e realizado	435 (43,4)	568 (56,6)	1003 (100)
	Indiferente e mal	98 (35,4)	179 (64,6)	277 (100)
	TOTAL	533 (41,6)	747 (58,4)	1280 (100)
	10 inu	p=0,017		
Como vê o relacionamento com os amigos	Bom	475 (45,7)	564 (54,3)	1039 (100)
	Regular e ruim	57 (23,5)	186 (76,5)	243 (100)
	TOTAL	532 (41,5)	750 (58,5)	1282 (100)
	8 inu	p=0,000		

	Algum Transtorno Mental	NÃO (%)	SIM (%)	TOTAL (%)
Já se sentiu discriminado por algum motivo	Nunca	243 (53,4)	212 (46,6)	455 (100)
	Poucas vezes na vida	204 (39,4)	314 (60,6)	518 (100)
	Algumas vezes na vida; freqüentemente	83 (27,1)	223 (72,9)	306 (100)
	TOTAL	530 (41,4)	749 (58,6)	1279 (100)
	11 inu	p=0,000		
Teve doença ou problema de saúde	Não	440 (44,4)	551 (55,6)	991 (100)
	Sim	93 (33,1)	188 (66,9)	281 (100)
	TOTAL	533 (41,9)	739 (58,1)	1272 (100)
	18 inu	p=0,001		
Foi atendido por algum serviço de saúde mental na UNICAMP	Não	518 (44,0)	658 (56,0)	1176 (100)
	Sim	14 (13,5)	90 (86,5)	104 (100)
	TOTAL	532 (41,6)	748 (58,4)	1280 (100)
	10 inu	p=0,000		
Alguém da família teve problemas com uso de álcool ou outras drogas	Não	311 (45,1)	378 (54,9)	689 (100)
	Sim	163 (36,0)	290 (64,0)	453 (100)
	TOTAL	474 (41,5)	668 (58,5)	1142 (100)
	148 inu	p=0,002		
Insônia	Não	426 (48,6)	451 (51,4)	877 (100)
	Sim	99 (25,2)	294 (74,8)	393 (100)
	TOTAL	525 (41,3)	745 (58,7)	1270 (100)
	20 inu	p=0,000		
Risco de suicídio	Não	498 (45,6)	593 (54,4)	1091 (100)
	Sim	29 (16,0)	152 (84,0)	181 (100)
	TOTAL	527 (41,4)	745 (58,6)	1272 (100)
	18 inu	p=0,000		
Uso de álcool	Audit positivo	127 (41,9)	176 (58,1)	303 (100)
	Audit negativo	404 (41,6)	567 (58,4)	971 (100)
	TOTAL	531 (41,7)	743 (58,3)	1274 (100)
	16 inu	p=0,496		
Uso de cigarro	Não	482 (42,1)	662 (57,9)	1144 (100)
	Sim	49 (38,0)	80 (62,0)	129 (100)
	TOTAL	531 (41,7)	742 (58,3)	1273 (100)
	17 inu	p=0,365		
Uso de outras drogas	Não	393 (42,2)	538 (57,8)	931 (100)
	Sim	137 (40,3)	203 (59,7)	340 (100)
	TOTAL	530 (41,7)	741 (58,3)	1271 (100)
	19 inu	p=0,539		
Comportamento de risco	Não	386 (41,2)	551 (58,8)	937 (100)
	Sim	130 (42,1)	179 (57,9)	309 (100)
	TOTAL	516 (41,4)	730 (58,6)	1246 (100)
	44 inu	p=0,786		

Tabela 12- Regressão logística univariada para “algum transtorno mental”

Variáveis	N	Parâmetro Estimado	p-valor	Odds	I.C. 95%	
Área do curso	1283	hum vs saúde	0.5040	0.0044	1.655	1.170; 2.342
		exatas vs saúde	-0.0650	0.6698	0.937	0.695; 1.263
Sexo	1283	F vs M	1.0098	0.0001	2.745	2.183; 3.452
Idade	1281	21-23 vs 17-20	0.4538	0.0004	1.574	1.225; 2.023
		24-44 vs 17-20	0.6180	0.0001	1.855	1.353; 2.544
Estado civil	1282	c/vinc. vs s/vinc.	0.3475	0.1178	1.416	0.916; 2.188
Moradia	1281	out. bairros vs barão	0.4059	0.0023	1.501	1.156; 1.948
		out. cidades vs barão	0.3989	0.0054	1.490	1.125; 1.974
Estado civil (pais)	1283	s/vinc vs c/vinc	0.1304	0.3338	1.139	0.875; 1.484
Onde mora (pai)	1212	campinas vs out/estado	0.4242	0.0383	1.528	1.023; 2.283
		out/cidade vs out/estado	0.3782	0.0332	1.460	1.031; 2.067
Onde mora (mãe)	1251	campinas vs out/estado	0.4278	0.0381	1.534	1.024; 2.298
		out/cidade vs out/estado	0.3585	0.0507	1.431	0.999; 2.050
Com quem vive	1279	repub.vs pais	-0.1088	0.3845	0.897	0.702; 1.146
		parceiro vs pais	0.1049	0.5937	1.111	0.755; 1.633
Quarto dormir	1273	divide vs sozinho	0.2024	0.0756	1.224	0.979; 1.531
Local p/ estudar	1281	não vs sim	0.3428	0.0214	1.409	1.052; 1.887
Classe econômica	988	0-6 vs 10-14	0.4939	0.0031	1.639	1.181; 2.274
		7-9 vs 10-14	0.2358	0.1350	1.266	0.929; 1.724
Carro pessoal	1230	não vs sim	0.1372	0.2616	1.147	0.903; 1.457
Escolaridade (pai)	1275	baixa vs alta	0.5173	0.0006	1.678	1.250; 2.251
		média vs alta	0.1111	0.4046	1.117	0.861; 1.451
Escolaridade (mãe)	1283	baixa vs alta	0.4232	0.0042	1.527	1.143; 2.040
		média vs alta	0.1949	0.1454	1.215	0.935; 1.580
Apoio dos pais	1267	não/em parte vs muito	0.7929	0.0001	2.210	1.578; 3.096
		sim vs muito	0.2128	0.1214	1.237	0.945; 1.619
Estudou 1°	1280	pública vs particular	0.4392	0.0002	1.551	1.230; 1.957
Estudou 2°	1282	pública vs particular	0.4836	0.0001	1.622	1.274; 2.065
Tempo estuda (Unicamp)	1272	>=22 vs < 22	0.1554	0.1726	1.168	0.934; 1.460
Semestre do curso	1275	>=5° vs até 4°	0.0738	0.5225	1.077	0.859; 1.350
Período do curso	1275	noturno vs diurno	0.6184	0.0001	1.856	1.407; 2.448
Curso desejado	1283	não vs sim	0.6624	0.0014	1.939	1.290; 2.915
Outro curso superior	1282	sim vs não	0.3690	0.0382	1.446	1.020; 2.050
Trabalha	1283	sim vs não	0.4198	0.0005	1.522	1.203; 1.925
Desenvolve pesquisa	1276	sim vs não	-0.0012	0.9925	0.999	0.767; 1.301
Relacionamento amigos	1282	reg/ruim vs bom	1.0110	0.0001	2.748	1.994; 3.788
Apoio p/ dificuldades	1282	sim vs não	0.0114	0.9360	1.011	0.766; 1.335
Etnia	1274	parda/negra vs branca	0.2040	0.2340	1.226	0.876; 1.716
		oriental vs branca	-0.0036	0.9854	0.996	0.678; 1.465
Sentiu discriminação	1279	poucas vs nunca	0.5677	0.0001	1.764	1.367; 2.277
		algumas vs nunca	1.1248	0.0001	3.080	2.254; 4.208
Religião	1275	sim vs não	0.1005	0.4375	1.106	0.858; 1.425
Qual religião	1269	católica vs não tem	0.0219	0.8771	1.022	0.774; 1.349
		evangélica vs não tem	-0.0597	0.7562	0.942	0.646; 1.373
		espírita vs não tem	0.3986	0.0737	1.490	0.962; 2.306
		outras vs não tem	0.0462	0.8691	1.047	0.604; 1.815
Frequênta igreja	1265	1-10/ano vs não	-0.0716	0.6291	0.931	0.696; 1.245
		várias vs não	0.1615	0.2192	1.182	0.905; 1.544
		não tem vs não	-0.1164	0.6727	0.890	0.519; 1.528

Apoio membros religião	sempre vs nunca	1255	-0.0019	0.9886	0.998	0.762; 1.308
	às vezes vs nunca		0.1556	0.4784	1.168	0.760; 1.796
Fé pessoal	muita fé vs pouca fé	1260	0.2265	0.1655	1.254	0.911; 1.728
	fé vs pouca fé		0.1057	0.4382	1.112	0.851; 1.452
Educação religiosa infância	pouca vs muito	1273	-0.0843	0.5950	0.919	0.674; 1.254
	religiosa vs muito		0.0316	0.8512	1.032	0.742; 1.435
Vida religiosa na Unicamp		1273	0.1685	0.4266	1.184	0.781; 1.793
	(+)intensa vs não mudou		0.3981	0.0024	1.489	1.151; 1.926
	(-)intensa vs não mudou					
Religião e identidade	sim vs não	1259	0.2249	0.0905	1.252	0.965; 1.625
	não tenho vs não		-0.0774	0.6223	0.925	0.680; 1.259
Discriminado pela religião	sim vs não	1263	0.1154	0.4497	1.122	0.832; 1.514
	não tenho vs não		-0.1900	0.1802	0.827	0.626; 1.092
Teve problema saúde	sim vs não	1272	0.4788	0.0007	1.614	1.222; 2.132
Contato c/ serviço de saúde mental		1275	0.8646	0.0001	2.374	1.808; 3.118
	sim vs não					
Atendido por algum serviço de saúde mental na UNICAMP	sim vs não	1280	1.6209	0.0001	5.058	2.847; 8.985
Alguém da família teve problemas de saúde mental	sim vs não	1068	0.4562	0.0007	1.578	1.213; 2.053
Alguém da família teve problemas com uso de álcool ou drogas	sim vs não	1142	0.3810	0.0022	1.464	1.147; 1.867
Virgem	não vs sim	1208	0.1579	0.2409	1.171	0.899; 1.525
Namora	sim vs não	1207	-0.0204	0.8620	0.980	0.779; 1.233
	casado vs não		0.2601	0.3048	1.297	0.789; 2.131
Vida sexual ativa	sim vs não	1260	0.1361	0.2399	1.146	0.913; 1.438
Idade início vida sexual	18-28 vs 12-17	703	0.4159	0.0066	1.516	1.123; 2.047
Parceiro fixo	sim vs não	1190	0.0415	0.7241	1.042	0.828; 1.313
Envolvimento com pessoas do mesmo sexo		1253	0.5714	0.0522	1.771	0.995; 3.153
	sim vs não					
Orientação sexual	homo vs hetero	1252	0.7295	0.0784	2.074	0.921; 4.673
Praticou aborto	sim vs não	1255	-0.0892	0.8336	0.915	0.398; 2.102
Coeficiente rendimento	>=0.71 vs <0.71	1197	0.3146	0.0092	1.370	1.081; 1.736
Uso de álcool	positivo vs negativo	1274	-0.0127	0.9244	0.987	0.760; 1.282
Uso de drogas	sim vs não	1271	0.0789	0.5405	1.082	0.840; 1.393
Comportamento risco	sim vs não	1246	-0.0361	0.7860	0.965	0.743; 1.252
Cigarro	sim vs não	1273	0.1729	0.3655	1.189	0.817; 1.729
IMC	sobre/obeso vs normal	1256	0.1504	0.3740	1.162	0.834; 1.619
Como se sente estudante	indif/mal vs bem	1280	0.3356	0.0172	1.399	1.061; 1.844
Já perdeu algum semestre	sim vs não	1280	-0.1429	0.3856	0.867	0.628; 1.197
Está satisfeito curso	não vs sim	1277	0.5046	0.0018	1.656	1.207; 2.272

Tabela 13- Primeiro modelo de regressão logística multivariada para “algum transtorno mental” (n=1.135)

Parâmetros	Parâmetro Estimado	p-valor	Odds	I.C. 95%
Intercepto	-1.1660	0.0001	---	---
Sexo F vs M	1.1760	0.0001	3.241	2.484; 4.230
Relacionamento amigos reg/ruim vs bom	0.9677	0.0001	2.632	1.804; 3.839
Sentiu discriminação poucas vs nunca algumas vs nunca	0.5383	0.0003	1.713	1.284; 2.286
	0.8042	0.0001	2.235	1.559; 3.204
Atendido por algum serviço de saúde mental na UNICAMP sim vs não	1.5903	0.0001	4.905	2.612; 9.212
Alguém da família teve problemas com uso de álcool ou drogas sim vs não	0.3331	0.0147	1.395	1.068; 1.823
Como se sente estudante indif/mal vs bem	0.4972	0.0043	1.644	1.169; 2.313

No primeiro modelo, associaram-se com ter algum tipo de transtorno mental auto-referido as seguintes respostas das variáveis independentes testadas:

1. Ter sido atendido por um serviço de saúde mental na UNICAMP (Odds=4,9)
2. Pertencer ao sexo feminino (Odds=3,2)
3. Sentir o relacionamento com os amigos como “ruim” (Odds=2,6)
4. Sentir-se discriminado (Odds=2,2)
5. Sentir-se indiferente e mal como estudante da UNICAMP (Odds=1,6)
6. Relatar que alguém da família teve problemas com uso de álcool ou drogas (Odds=1,3)

Tabela 14- Segundo modelo de regressão logística multivariada para “algum transtorno mental” (n=1.272)

Parâmetros	Parâmetro Estimado	p-valor	Odds	I.C. 95%	
Intercepto	-0.9743	0.0001	---	---	
Sexo F vs M	1.0996	0.0001	3.003	2.350; 3.837	
Relacionamento amigos reg/ruim vs bom	0.9433	0.0001	2.568	1.822; 3.620	
Sentiu discriminação	poucas vs nunca	0.4715	0.0006	1.602	1.226; 2.095
	algumas vs nunca	0.8639	0.0001	2.372	1.700; 3.310
Como se sente estudante indif/mal vs bem	0.4466	0.0078	1.517	1.116; 2.062	
Estudou 1º pública vs particular	0.2651	0.0381	1.304	1.015; 1.675	

Foram excluídas deste modelo as variáveis “ter sido atendido por um serviço de saúde mental na UNICAMP” e “alguém da família teve problemas com uso de álcool ou drogas”.

No segundo modelo, associaram-se com ter algum tipo de transtorno mental auto-referido as seguintes respostas das variáveis independentes testadas:

1. Pertencer ao sexo feminino (Odds=3,0)
2. Sentir o relacionamento com os amigos como “ruim” (Odds=2,5)
3. Sentir-se discriminado (Odds=2,3)
4. Sentir-se indiferente e mal como estudante da UNICAMP (Odds=1,5)
5. Ter estudado em escola pública no ensino fundamental (Odds=1,3)

Tabela 15- Terceiro modelo de regressão logística multivariada para “algum transtorno mental” (n=1.254)

Parâmetros		Parâmetro Estimado	p-valor	Odds	I.C. 95%
Intercepto		-0.9321	0.0001	-€--	---
Sexo	F vs M	1.0030	0.0001	2.726	2.148; 3.460
Apoio dos pais	não/em parte vs muito	0.6043	0.0010	1.830	1.275; 2.627
	sim vs muito	0.1704	0.2409	1.186	0.892; 1.576
Sentiu discriminação	poucas vs nunca	0.5257	0.0001	1.692	1.295; 2.210
	algumas vs nunca	0.9297	0.0001	2.534	1.817; 3.533
Teve problema saúde	sim vs não	0.3981	0.0087	1.489	1.106; 2.005

Foram excluídas deste modelo as variáveis “relacionamento ruim com amigos” e “sentir-se indiferente e mal como estudante da UNICAMP”.

No terceiro modelo, associaram-se com ter algum tipo de transtorno mental auto-referido as seguintes respostas das variáveis independentes testadas:

1. Pertencer ao sexo feminino (Odds=2,7)
2. Sentir-se discriminado (Odds=2,5)
3. Não sentir-se (ou sentir-se em parte) apoiado e compreendido pelos pais (Odds=1,8)
4. Ter algum problema de saúde física (Odds=1,4)

4.3- Uso de álcool

O padrão de uso de álcool (Tabela 16) revelou que 24% dos estudantes que participaram desta pesquisa foram considerados *bebedores de risco*, de acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde para os que pontuam oito ou mais no AUDIT (Babor et al., 1992).

Observou-se maior prevalência de uso de risco de álcool entre estudantes do sexo masculino (35%) do que entre estudantes do sexo feminino (15%) ($p=0,000$).

Tabela 16- Uso de risco de álcool entre estudantes da UNICAMP

Uso de álcool	Feminino (%)	Masculino (%)	Total (%)
Sim (AUDIT \geq 8 positivo)	104 (15,0)	199 (35,0)	303 (24,0)
Não (AUDIT < 8 negativo)	606 (85,0)	366 (65,0)	972 (76,0)
TOTAL	710 (100)	565 (100)	1275 (100)

Teste Qui-Quadrado: ($p=0,000$); 15 informações não utilizadas

Tabela 17- Análise bivariada para uso de risco de álcool

	Uso de Álcool	AUDIT positivo (%)	AUDIT negativo (%)	TOTAL (%)
Área do curso	Ciências Humanas e Artes	46 (13,8)	287 (86,2)	333 (100)
	Profissões da Saúde	46 (20,1)	183 (79,9)	229 (100)
	Ciências Básicas, Exatas e Tecnológicas	211 (29,6)	502 (70,4)	713 (100)
	TOTAL	303 (23,8)	972 (76,2)	1275 (100)
	15 inu	p=0,000		
Sexo	Feminino	104 (14,6)	606 (85,4)	710 (100)
	Masculino	199 (35,2)	366 (64,8)	565 (100)
	TOTAL	303 (23,8)	972 (76,2)	1275 (100)
	15 inu	p=0,000		
Idade	17 a 20 anos	156 (25,5)	455 (74,5)	611 (100)
	21 a 23 anos	112 (25,9)	321 (74,1)	433 (100)
	24 a 44 anos	35 (15,3)	194 (84,7)	229 (100)
	TOTAL	303 (23,8)	970 (76,2)	1273 (100)
	17 inu	p=0,010		
Coeficiente de rendimento	Igual ou maior que 0,71	143 (19,2)	603 (80,8)	746 (100)
	Menor que 0,71	148 (33,3)	296 (66,7)	444 (100)
	TOTAL	291 (24,5)	899 (75,5)	1190 (100)
	100 inu	p=0,000		
Tem apoio para as dificuldades dentro da UNICAMP	Não	42 (16,4)	214 (83,6)	256 (100)
	Sim, de amigo (a), namorado (a), outro	261 (25,6)	757 (74,4)	1018 (100)
	TOTAL	303 (23,8)	971 (76,2)	1274 (100)
	16 inu	p=0,005		
Ser membro da religião é importante para a identidade	Não; Não tenho religião	206 (30,8)	462 (69,2)	668 (100)
	Sim	91 (15,6)	492 (84,4)	583 (100)
	TOTAL	297 (23,7)	954 (76,3)	1251 (100)
	39 inu	p=0,000		

	Uso de Álcool	AUDIT positivo (%)	AUDIT negativo (%)	TOTAL (%)
Insônia	Não	202 (23,1)	674 (76,9)	876 (100)
	Sim	97 (25,0)	291 (75,0)	388 (100)
	TOTAL	299 (23,7)	965 (76,3)	1264 (100)
	26 inu	p=0,016		
Risco de suicídio	Não	243 (22,4)	843 (77,6)	1086 (100)
	Sim	56 (31,1)	124 (68,9)	180 (100)
	TOTAL	299 (23,6)	967 (76,4)	1266 (100)
	24 inu	p=0,038		
Uso de cigarro	Não	232 (20,4)	908 (79,6)	1140 (100)
	Sim	70 (54,3)	59 (45,7)	129 (100)
	TOTAL	302 (23,8)	967 (76,2)	1269 (100)
	21 inu	p=0,000		
Uso de outras drogas	Não	120 (12,9)	808 (87,1)	928 (100)
	Sim	181 (53,4)	158 (46,6)	339 (100)
	TOTAL	301 (23,8)	966 (76,2)	1267 (100)
	23 inu	p=0,000		
Comportamento de risco	Não	110 (11,8)	824 (88,2)	934 (100)
	Sim	193 (63,1)	113 (36,9)	306 (100)
	TOTAL	303 (24,4)	937 (75,6)	1240 (100)
	50 inu	p=0,000		
Você é virgem	Não	267 (29,5)	638 (70,5)	905 (100)
	Sim	23 (7,7)	275 (92,3)	298 (100)
	TOTAL	290 (24,1)	913 (75,9)	1203 (100)
	87 inu	p=0,000		
Você namora	Não	173 (28,7)	430 (71,3)	603 (100)
	Sim	124 (21,1)	463 (78,9)	587 (100)
	Sou casado (a)	4 (5,3)	71 (94,7)	75 (100)
	TOTAL	301 (23,8)	964 (76,2)	1265 (100)
	25 inu	p=0,000		
Você tem vida sexual ativa	Não	85 (15,9)	449 (84,1)	534 (100)
	Sim	214 (29,7)	506 (70,3)	720 (100)
	TOTAL	299 (23,8)	955 (76,2)	1254 (100)
	36 inu	p=0,000		

Tabela 18- Regressão logística univariada para uso de risco de álcool

Variáveis		N	Parâmetro Estimado	p-valor	Odds	I.C. 95%
Área do curso	saúde vs hum	1275	0.4500	0.0494	1.568	1.001; 2.457
	exatas vs hum		0.5141	0.0053	2.622	1.847; 3.723
Sexo	M vs F	1275	1.1532	0.0001	3.168	2.418; 4.152
Idade	17-20 vs 24-44	1273	0.6421	0.0018	1.900	1.270; 2.844
	21-23 vs 24-44		0.6596	0.0020	1.934	1.272; 2.941
Estado civil	s/vinc. vs c/vinc	1274	1.2890	0.0006	3.629	1.738; 7.576
Moradia	barão vs out. cidades	1273	0.5843	0.0006	1.794	1.286; 2.503
	out.bairros vs out. cidades		0.0343	0.8552	1.035	0.716; 1.495
Onde mora (mãe)	out/cidade vs campinas	1243	0.2315	0.1663	1.261	0.908; 1.750
	out/estado vs campinas		0.6542	0.0049	1.924	1.220; 3.034
Com quem vive	repub.vs pais	1271	0.8106	0.0001	2.249	1.658; 3.052
	parceiro vs pais		-0.2613	0.3497	0.770	0.445; 1.332
Local p/ estudar	não vs sim	1273	0.3348	0.0376	1.398	1.019; 1.916
Classe econômica	7- 9 vs 0-6	986	-0.0329	0.8571	0.968	0.677; 1.384
	10-14 vs 0-6		0.4563	0.0142	1.578	1.096; 2.273
Escolaridade (pai)	média vs baixa	1267	0.5933	0.0060	1.810	1.186; 2.763
	alta vs baixa		0.9490	0.0001	2.583	1.761; 3.788
Escolaridade (mãe)	média vs baixa	1275	0.6898	0.0010	1.993	1.320; 3.011
	alta vs baixa		0.8187	0.0001	2.267	1.555; 3.306
Estudou 1º	particular vs pública	1272	0.5697	0.0001	1.768	1.336; 2.338
Estudou 2º	particular vs pública	1274	0.5413	0.0003	1.718	1.282; 2.304
Tempo estuda (Unicamp)	>=22 vs < 22	1264	0.2644	0.0469	1.303	1.004; 1.691
Período do curso	diurno vs noturno	1267	0.7556	0.0001	2.129	1.495; 3.031
Trabalha	não vs sim	1275	0.6506	0.0001	1.917	1.436; 2.559
Relacionamento amigos	bom vs reg/ruim	1274	0.3777	0.0360	1.459	1.025; 2.077
Apoio p/ dificuldades	sim vs não	1274	0.5635	0.0021	1.757	1.226; 2.517
Etnia	branca vs parda/negra	1266	0.3578	0.0884	1.430	0.948; 2.158
	oriental vs parda/negra		-0.3498	0.2859	0.705	0.371; 1.340
Sentiu discriminação	poucas vs nunca	1271	0.5234	0.0033	1.688	1.190; 2.394
	algumas vs nunca		0.1366	0.4482	1.146	0.805; 1.632

Religião	não vs sim	1267	0.5656	0.0001	1.761	1.330; 2.331
Qual religião	católica vs evangélica	1261	1.1673	0.0001	3.213	1.860; 5.552
	espir/out. vs evangélica		0.8909	0.0055	2.437	1.300; 4.568
	não tem vs evangélica		1.4781	0.0001	4.385	2.484; 7.740
Frequente igreja	não vs varias	1257	0.9876	0.0001	2.685	1.927; 3.740
	1-10/ano vs várias		0.7545	0.0001	2.127	1.458; 3.103
Apoio membros religião às vezes vs sempre		1247	0.8523	0.0064	2.345	1.270; 4.329
	nunca vs sempre		1.2239	0.0001	3.400	2.266; 5.104
Fé pessoal	fé vs muita fé	1252	0.4798	0.0129	1.616	1.107; 2.359
	pouca fé vs muita fé		1.1715	0.0001	3.227	2.171; 4.797
Educação religiosa infância	pouca vs muito	1265	0.7722	0.0004	2.164	1.407; 3.331
	religiosa vs muito		0.9406	0.0001	2.561	1.642; 3.995
Religião e identidade	não vs sim	1251	0.8799	0.0001	2.411	1.827; 3.182
Discriminado pela religião	não vs sim	1255	0.9086	0.0001	2.481	1.651; 3.728
Alguém da família teve problemas de saúde mental		1062	0.2154	0.1531	1.240	0.923; 1.667
	sim vs não					
Virgem	não vs sim	1203	1.6102	0.0001	5.004	3.194; 7.838
Namora	não vs sim	1265	0.4070	0.0026	1.502	1.152; 1.959
	casado vs sim		-1.5589	0.0029	0.210	0.075; 0.587
Vida sexual ativa	sim vs não	1254	0.8038	0.0001	2.234	1.686; 2.961
Idade início vida sexual	12-17 vs 18-28	700	0.6327	0.0002	1.883	1.352; 2.623
Parceiro fixo	não vs sim	1185	0.2057	0.1267	1.228	0.943; 1.599
Envolvimento com pessoas do mesmo sexo		1247	0.6112	0.0300	1.843	1.061; 3.200
	sim vs não					
Orientação sexual	homo vs hetero	1246	0.8573	0.0206	2.357	1.141; 4.869
Coeficiente rendimento	<0.71 vs >=0.71	1190	0.7459	0.0001	2.108	1.612; 2.758
IMC	sobre/obeso vs normal	1249	0.0388	0.8411	1.040	0.712; 1.519
Como se sente estudante	indif/mal vs bem	1272	0.3493	0.0229	1.418	1.049; 1.916
Já perdeu algum semestre	sim vs não	1272	0.5741	0.0012	1.776	1.255; 2.511

Tabela 19- Regressão logística multivariada para uso de risco de álcool (n=1.093)

Parâmetros		Parâmetro Estimado	p-valor	Odds	I.C. 95%
Intercepto		-4.4883	0.0001	---	---
Sexo	M vs F	0.7496	0.0001	2.116	1.528; 2.931
Apoio p/ dificuldades	sim vs não	0.6217	0.0047	1.862	1.210; 2.866
Religião e identidade	não vs sim	0.5050	0.0020	1.657	1.203; 2.283
Virgem	não vs sim	1.2246	0.0001	3.403	1.920; 6.031
Namora	não vs sim	0.9819	0.0001	2.670	1.868; 3.816
	casado vs sim	-1.1514	0.0612	0.316	0.095; 1.055
Vida sexual ativa	sim vs não	0.8115	0.0002	2.251	1.474; 3.440
Coefficiente rendimento	<0.71 vs >=0.71	0.3918	0.0147	1.480	1.080; 2.027

Associaram-se com uso de risco de álcool as seguintes respostas das variáveis independentes testadas:

1. Não ser virgem (Odds=3,4)
2. Não namorar (Odds=2,6)
3. Ter vida sexual ativa (Odds=2,2)
4. Pertencer ao sexo masculino (Odds=2,1)
5. Receber apoio para as dificuldades dentro da UNICAMP (de amigo (a), namorado (a) e outros) (Odds=1,8)
6. Não considerar a religião importante para a identidade pessoal e social (Odds=1,6)
7. Apresentar baixo rendimento acadêmico (Odds=1,4)

4.4- Uso de outras substâncias psicoativas

A categoria “uso de drogas” foi criada, considerando-se o uso de maconha *no mês* e/ou o uso das demais substâncias psicoativas abordadas no questionário (exceto tabaco e calmantes) *na vida, no ano e no mês*.

Os dados gerais (Tabela 20) indicaram que 27% dos estudantes relataram fazer “uso de drogas”, sendo tal uso mais prevalente no sexo masculino (33%) do que no sexo feminino (22%) ($p=0,000$).

Tabela 20- “Uso de drogas” entre estudantes da UNICAMP

Uso de Drogas	Feminino (%)	Masculino (%)	Total (%)
Sim	155 (22,0)	185 (33,0)	340 (27,0)
Não	551 (78,0)	381 (67,0)	932 (73,0)
TOTAL	706 (100)	566 (100)	1272 (100)

Teste Qui-Quadrado: ($p=0,000$); 18 informações não utilizadas

O uso de substâncias psicoativas específicas lícitas e ilícitas (Tabela 21), seguindo a ordem da substância mais utilizada, *na vida*, para a menos utilizada, indicou o seguinte padrão de uso entre os estudantes da UNICAMP: tabaco (38,3%); maconha (25,0%); solvente (19,9%); calmante (9,0%); anfetamina (6,9%); cocaína em pó (3,9%); ecstasy (3,5%); alucinógeno (3,2%); outras drogas para “dar barato” (2,8%); crack (0,7%) e esteróide/anabolizante (0,7%).

Tabela 21- Tipos específicos de drogas lícitas e ilícitas utilizados *na vida* por estudantes da UNICAMP

Tabaco (p=0,019); 16 i.n.u	Feminino (%)	Masculino (%)	Total (%)
Nunca usou na vida	463 (65,4)	323 (57,1)	786 (61,7)
Usou na vida	245 (34,7)	243 (42,9)	488 (38,3)
TOTAL	708 (100)	566 (100)	1274 (100)
Maconha (p=0,000); 20 i.n.u	Feminino (%)	Masculino (%)	Total (%)
Nunca usou na vida	575 (81,4)	382 (68,0)	957 (75,0)
Usou na vida	131 (18,6)	182 (32,0)	313 (25,0)
TOTAL	706 (100)	564 (100)	1270 (100)
Solventes (p=0,000); 24 i.n.u	Feminino (%)	Masculino (%)	Total (%)
Nunca usou na vida	602 (85,8)	412 (73,0)	1014 (80,1)
Usou na vida	100 (14,2)	152 (27,0)	252 (19,9)
TOTAL	702 (100)	564 (100)	1266 (100)
Calmantés (sem receita médica) (p=0,001); 25 i.n.u	Feminino (%)	Masculino (%)	Total (%)
Nunca usou na vida	622 (88,4)	529 (94,3)	1151 (91,0)
Usou na vida	82 (11,6)	32 (5,7)	114 (9,0)
TOTAL	704 (100)	561 (100)	1265 (100)
Anfetamina (p=0,144); 25 i.n.u	Feminino (%)	Masculino (%)	Total (%)
Nunca usou na vida	648 (91,9)	530 (94,6)	1178 (93,1)
Usou na vida	57 (8,1)	30 (5,4)	87 (6,9)
TOTAL	705 (100)	560 (100)	1265 (100)
Cocaína em pó (p=0,001); 27 i.n.u	Feminino (%)	Masculino (%)	Total (%)
Nunca usou na vida	687 (98,0)	527 (93,8)	1214 (96,1)
Usou na vida	14 (2,0)	35 (6,2)	49 (3,9)
TOTAL	701 (100)	562 (100)	1263 (100)
Ecstasy (p=0,211); 30 i.n.u	Feminino (%)	Masculino (%)	Total (%)
Nunca usou na vida	684 (97,3)	532 (95,5)	1216 (96,5)
Usou na vida	19 (2,7)	25 (4,5)	44 (3,5)
TOTAL	703 (100)	557 (100)	1260 (100)
Alucinógeno (p=0,000); 25 i.n.u	Feminino (%)	Masculino (%)	Total (%)
Nunca usou na vida	694 (98,7)	531 (94,5)	1225 (96,8)
Usou na vida	9 (1,3)	31 (5,5)	40 (3,2)
TOTAL	703 (100)	562 (100)	1265 (100)

Outras drogas “para dar barato” (p=0,002); 69 i.n.u	Feminino (%)	Masculino (%)	Total (%)
Nunca usou na vida	673 (98,7)	514 (95,4)	1187 (97,2)
Usou na vida	9 (1,3)	25 (4,6)	34 (2,8)
TOTAL	682 (100)	539 (100)	1221 (100)
Crack (p=0,190); 29 i.n.u	Feminino (%)	Masculino (%)	Total (%)
Nunca usou na vida	698 (99,7)	555 (98,9)	1253 (99,4)
Usou na vida	2 (0,3)	6 (1,1)	8 (0,7)
TOTAL	700 (100)	561 (100)	1261 (100)
Esteróide/anabolizante (p=0,046); 26 i.n.u	Feminino (%)	Masculino (%)	Total (%)
Nunca usou na vida	703 (99,9)	553 (98,8)	1256 (99,4)
Usou na vida	1 (0,1)	7 (1,3)	8 (0,7)
TOTAL	704 (100)	560 (100)	1264 (100)

Tabela 22- Análise bivariada para “uso de drogas”

	Uso de outras drogas	NÃO (%)	SIM (%)	TOTAL (%)
Área do curso	Ciências Humanas e Artes	268 (80,7)	64 (19,3)	332 (100)
	Profissões da Saúde	172 (75,4)	56 (24,6)	228 (100)
	Ciências Básicas, Exatas e Tecnológicas	492 (69,1)	220 (30,9)	712 (100)
	TOTAL	932 (73,3)	340 (26,7)	1272 (100)
	18 inu	p=0,000		
Sexo	Feminino	551 (78,0)	155 (22,0)	706 (100)
	Masculino	381 (67,3)	185 (32,7)	566 (100)
	TOTAL	932 (73,3)	340 (26,7)	1272 (100)
	18 inu	p=0,000		
Idade	17 a 20 anos	467 (76,6)	143 (23,4)	610 (100)
	21 a 23 anos	306 (70,8)	126 (29,2)	432 (100)
	24 a 44 anos	157 (68,9)	71 (31,1)	228 (100)
	TOTAL	930 (73,2)	340 (26,8)	1270 (100)
	20 inu	p=0,031		
Tem carro pessoal	Não	268 (65,7)	140 (34,3)	408 (100)
	Sim	622 (76,5)	191 (23,5)	813 (100)
	TOTAL	890 (72,9)	331 (27,1)	1221 (100)
	69 inu	p=0,000		
Já perdeu algum semestre do curso	Não	823 (75,0)	275 (25,0)	1098 (100)
	Sim	106 (62,0)	65 (38,0)	171 (100)
	TOTAL	929 (73,2)	340 (26,8)	1269 (100)
	21 inu	p=0,000		
Como se sente sendo estudante da UNICAMP	Bem e realizado	751 (75,5)	244 (24,5)	995 (100)
	Indiferente e mal	179 (65,3)	95 (34,7)	274 (100)
	TOTAL	930 (73,3)	339 (26,7)	1269 (100)
	21 inu	p=0,001		

	Uso de outras drogas	NÃO (%)	SIM (%)	TOTAL (%)
Tem religião	Não	206 (63,2)	120 (36,8)	326 (100)
	Sim	721 (76,9)	217 (23,1)	938 (100)
	TOTAL	927 (73,3)	337 (26,7)	1264 (100)
	26 inu	p=0,000		
Como foi a educação religiosa durante a infância	Muito religiosa	185 (83,3)	37 (16,7)	222 (100)
	Religiosa	448 (72,4)	171 (27,6)	619 (100)
	Pouco religiosa; Sem nenhuma educação religiosa	291 (69,1)	130 (30,9)	421 (100)
	TOTAL	924 (73,2)	338 (26,8)	1262 (100)
28 inu	p=0,001			
Insônia	Não	647 (74,2)	225 (25,8)	872 (100)
	Sim	277 (71,2)	112 (28,8)	389 (100)
	TOTAL	924 (73,3)	337 (26,7)	1261 (100)
	29 inu	p=0,268		
Risco de suicídio	Não	806 (74,4)	277 (25,6)	1083 (100)
	Sim	121 (67,2)	59 (32,8)	180 (100)
	TOTAL	927 (73,4)	336 (26,6)	1263 (100)
	27 inu	p=0,043		
Uso de cigarro	Não	895 (78,3)	248 (21,7)	1143 (100)
	Sim	36 (28,1)	92 (71,9)	128 (100)
	TOTAL	931 (73,2)	340 (26,8)	1271 (100)
	19 inu	p=0,000		
Comportamento de risco	Não	789 (84,4)	146 (15,6)	935 (100)
	Sim	115 (37,7)	190 (62,3)	305 (100)
	TOTAL	904 (72,9)	336 (27,1)	1240 (100)
	50 inu	p=0,000		
Você é virgem	Não	596 (66,0)	307 (34,0)	903 (100)
	Sim	275 (92,6)	22 (7,4)	297 (100)
	TOTAL	871 (72,6)	329 (27,4)	1200 (100)
	90 inu	p=0,000		

Tabela 23- Regressão logística univariada para “uso de drogas”

Variáveis		N	Parâmetro Estimado	p-valor	Odds	I.C. 95%
Área do curso	hum vs saúde	1272	-0.3100	0.1351	0.733	0.488; 1.101
	exatas vs saúde		0.3173	0.0681	1.373	0.977; 1.931
Sexo	M vs F	1272	0.5459	0.0001	1.726	1.344; 2.217
Idade	21-23 vs 17-20	1270	0.2962	0.0378	1.345	1.017; 1.778
	24-44 vs 17-20		0.3899	0.0234	1.477	1.054; 2.069
Estado civil	c/vinc. vs s/vinc.	1271	0.2542	0.2701	1.289	0.821; 2.025
Moradia	barão vs out. cidades	1270	0.3323	0.0389	1.394	1.017; 1.911
	out.bairros vs out. cidades		0.0164	0.9248	1.017	0.723; 1.430
Estado civil (país)	s/vinc vs c/vinc	1272	0.2166	0.1389	1.242	0.932; 1.655
Onde mora (mãe)	campinas vs out/estado	1240	0.1790	0.4530	1.196	0.749; 1.909
	out/cidade vs out/estado		0.1363	0.5265	1.146	0.752; 1.747
Com quem vive	repub.vs país	1268	0.5230	0.0004	1.687	1.266; 2.249
	parceiro vs país		0.3971	0.0737	1.488	0.963; 2.299
Quarto dormir	sozinho vs divide	1262	0.0738	0.5612	1.077	0.839; 1.381
Local p/ estudar	não vs sim	1270	0.3279	0.0353	1.388	1.023; 1.884
Classe econômica	7- 9 vs 0-6	984	-0.1516	0.3869	0.859	0.610; 1.211
	10-14 vs 0-6		0.3674	0.0398	1.444	1.017; 2.050
Carro pessoal	sim vs não	1221	0.5314	0.0001	1.701	1.311; 2.208
Escolaridade (pai)	média vs baixa	1265	0.1573	0.4070	1.170	0.807; 1.698
	alta vs baixa		0.4154	0.0140	1.515	1.088; 2.110
Escolaridade (mãe)	média vs baixa	1272	0.3992	0.0358	1.491	1.027; 2.164
	alta vs baixa		0.4616	0.0073	1.587	1.132; 2.224
Apoio dos pais	sim vs não/em parte	1255	-0.1829	0.2542	0.833	0.608; 1.141
	muito vs não/em parte		0.0556	0.7600	1.057	0.740; 1.511
Estudou 1°	particular vs pública	1269	0.3206	0.0162	1.378	1.061; 1.790
Estudou 2°	particular vs pública	1271	0.3138	0.0241	1.369	1.042; 1.798
Tempo estuda (Unicamp)	>=22 vs < 22	1261	0.4246	0.0010	1.529	1.187; 1.970
Semestre do curso	>=5° vs até 4°	1264	0.2843	0.0265	1.329	1.034; 1.708
Período do curso	noturno vs diurno	1264	0.0705	0.6360	1.073	0.801; 1.437
Curso desejado	sim vs não	1272	0.0997	0.6470	1.105	0.721; 1.693
Outro curso superior	sim vs não	1271	0.0484	0.7984	1.050	0.724; 1.522
Trabalha	não vs sim	1272	0.1305	0.3275	1.139	0.878; 1.479
Desenvolve pesquisa	sim vs não	1265	0.2857	0.0507	1.331	0.999; 1.772
Relacionamento amigos	reg/ruim vs bom	1271	0.3069	0.0483	1.359	1.002; 1.843
Apoio p/ dificuldades	sim vs não	1271	0.4523	0.0083	1.572	1.123; 2.200
Etnia	branca vs parda/negra	1263	0.3943	0.0522	1.483	0.996; 2.209
	oriental vs parda/negra		-0.0953	0.7512	0.909	0.504; 1.639
Sentiu discriminação	poucas vs nunca	1268	0.1643	0.3229	1.179	0.851; 1.632
	algumas vs nunca		-0.1339	0.4202	0.875	0.632; 1.211
Religião	não vs sim	1264	0.6606	0.0001	1.936	1.476; 2.540
Qual religião	católica vs evangélica	1258	0.3963	0.0753	1.486	0.960; 2.300
	espir/out. vs evangélica		0.5598	0.0312	1.750	1.052; 2.913
	não tem vs evangélica		0.9556	0.0001	2.600	1.644; 4.113
Frequênta igreja	não vs várias	1255	0.8352	0.0001	2.305	1.692; 3.141
	1-10/ano vs varias		0.6155	0.0007	1.851	1.298; 2.639
Apoio membros religião		1245	0.5227	0.0707	1.687	0.957; 2.973
	às vezes vs sempre nunca vs sempre		0.8997	0.0001	2.459	1.729; 3.497
Fé pessoal	fê vs muita fê	1249	0.3248	0.0671	1.384	0.977; 1.959
	pouca fê vs muita fê		0.9571	0.0001	2.604	1.799; 3.769

Educação religiosa infância		1262	0.6463	0.0013	1.908	1.286; 2.831
	pouca vs muito religiosa vs muito		0.8036	0.0001	2.234	1.484; 3.363
Religião e identidade	não vs sim	1248	0.8769	0.0001	2.403	1.843; 3.134
Discriminado pela religião	não vs sim	1253	0.3819	0.0280	1.465	1.042; 2.060
Teve problema saúde	sim vs não	1262	0.1447	0.3366	1.156	0.860; 1.552
Insônia (1)	sim vs não	1261	0.1507	0.2682	1.163	0.890; 1.518
Por fim na vida (1)	sim vs não	1263	0.3499	0.0436	1.416	1.010; 1.993
Alguém da família teve problemas de saúde mental	sim vs não	1060	0.2358	0.1034	1.266	0.953; 1.681
Alguém da família teve problemas com uso de álcool ou drogas	sim vs não	1134	0.4346	0.0013	1.544	1.185; 2.013
Virgem	não vs sim	1200	1.8623	0.0001	6.439	4.083; 10.154
Namora	sim vs não	1263	0.0586	0.6550	1.060	0.820; 1.371
	casado vs não		0.0910	0.7391	1.095	0.641; 1.872
Vida sexual ativa	sim vs não	1251	0.9545	0.0001	2.597	1.975; 3.416
Idade início vida sexual	12-17 vs 18-28	701	0.7264	0.0001	2.068	1.505; 2.841
Parceiro fixo	sim vs não	1182	0.3920	0.0026	1.480	1.146; 1.911
Envolvimento com pessoas do mesmo sexo	sim vs não	1246	0.9031	0.0009	2.467	1.449; 4.200
Orientação sexual	homo vs hetero	1243	0.8929	0.0163	2.442	1.179; 5.061
Praticou aborto	sim vs não	1246	2.3222	0.0001	10.198	3.756; 27.692
Coeficiente rendimento	<0.71 vs >=0.71	1186	0.5681	0.0001	1.765	1.361; 2.289
IMC	sobre/obeso vs normal	1245	0.2945	0.1005	1.342	0.945; 1.908
Como se sente estudante	indif/mal vs bem	1269	0.4909	0.0008	1.634	1.225; 2.178
Já perdeu algum semestre	sim vs não	1269	0.6075	0.0004	1.836	1.310; 2.573
Está satisfeito curso	não vs sim	1266	0.3843	0.0187	1.469	1.066; 2.023

Tabela 24- Regressão logística multivariada para “uso de drogas” (n=1.012)

Parâmetros		Parâmetro Estimado	p-valor	Odds	I.C. 95%
Intercepto		-3.5584	0.0001	---	---
Carro pessoal	sim vs não	0.5210	0.0008	1.684	1.242; 2.283
Religião	não vs sim	0.5978	0.0006	1.818	1.293; 2.557
Educação religiosa infância	pouca vs muito	0.6907	0.0035	1.995	1.255; 3.173
	religiosa vs muito	0.5172	0.0414	1.677	1.020; 2.757
Alguém da família teve problemas com uso de álcool ou drogas	sim vs não	0.4523	0.0027	1.572	1.169; 2.113
Virgem	não vs sim	1.6329	0.0001	5.119	3.101; 8.449
Já perdeu algum semestre	sim vs não	0.4753	0.0214	1.609	1.073; 2.411
Como se sente estudante	indif/mal vs bem	0.4926	0.0056	1.637	1.155; 2.320

Associaram-se com “uso de drogas” as seguintes respostas das variáveis independentes testadas:

1. Não ser virgem (Odds=5,1)
2. Ter tido pouca educação religiosa na infância (Odds=1,9)
3. Não ter religião (Odds=1,8)
4. Ter carro pessoal (Odds=1,7)
5. Sentir-se indiferente e mal como estudante da UNICAMP (Odds=1,6)
6. Ter perdido algum semestre do curso (Odds=1,6)

4.5- Comportamentos de risco relacionados ao uso de álcool e/ou de outras substâncias psicoativas

A categoria “comportamento de risco” foi criada a partir do agrupamento de dois tipos de comportamentos de risco considerados neste estudo: (1) beber (e/ou usar droga) e dirigir; (2) beber (e/ou usar droga) e ter relação sexual com parceiro (a) desconhecido (a).

Os resultados indicaram que 25% dos estudantes apresentaram algum tipo de comportamento de risco, sendo mais prevalente entre os homens (37%), do que entre as mulheres (15%) ($p=0,000$).

Tabela 25- “Comportamento de risco” entre estudantes da UNICAMP

Comportamento de risco	Feminino (%)	Masculino (%)	Total (%)
Sim	102 (15,0)	207 (37,0)	309 (25,0)
Não	590 (85,0)	348 (63,0)	938 (75,0)
TOTAL	692 (100)	555 (100)	1247 (100)

Teste Qui-Quadrado: ($p=0,000$); 43 informações não utilizadas

Tabela 26- Tipos de comportamentos de risco entre estudantes da UNICAMP

Bebeu e/ou usou droga e dirigiu (p=0,000); 43 i.n.u	Feminino (%)	Masculino (%)	Total (%)
Sim	77 (11,1)	177 (31,9)	254 (20,4)
Não	615 (88,9)	378 (68,1)	993 (79,6)
TOTAL	692 (100)	555 (100)	1247 (100)
Qual foi a última vez que bebeu e/ou usou droga e dirigiu (p=0,065); 18 i.n.u	Feminino (%)	Masculino (%)	Total (%)
1996	1 (1,4)	0 (0,0)	1 (0,4)
1997	1 (1,4)	0 (0,0)	1 (0,4)
1998	0 (0,0)	1 (0,6)	1 (0,4)
2001	1 (1,4)	2 (1,2)	3 (1,3)
2003	5 (7,0)	7 (4,2)	12 (5,1)
2004	8 (11,3)	5 (3,0)	13 (5,5)
2005	25 (35,2)	75 (45,5)	100 (42,4)
2006	30 (42,3)	75 (45,5)	105 (44,5)
TOTAL	71 (100)	165 (100)	236 (100)
Quantas vezes bebeu e/ou usou droga e dirigiu (p=0,000); 48 i.n.u	Feminino (%)	Masculino (%)	Total (%)
Nenhuma vez	615 (89,1)	378 (68,5)	993 (80,0)
1 vez	21 (3,0)	38 (6,9)	59 (4,8)
2 a 3 vezes	34 (4,9)	56 (10,1)	90 (7,2)
4 ou mais vezes	20 (2,9)	80 (14,5)	100 (8,1)
TOTAL	690 (100)	552 (100)	1242 (100)
Teve algum acidente nessa ocasião (p=0,000); 44 i.n.u	Feminino (%)	Masculino (%)	Total (%)
Sim	8 (1,2)	15 (2,7)	23 (1,8)
Não	683 (98,9)	540 (97,3)	1223 (98,1)
TOTAL	691 (100)	555 (100)	1246 (100)
Acidentes ocorridos relatados: não lembra o que aconteceu; chutaram o carro; quase bateu o carro; subiu o carro na calçada; não viu a curva; carro rodou na estrada; bateu em árvore; bateu em placa; bateu em carro estacionado; bateu em carro e quase perdeu a carta; bateu o carro, mas sem grandes conseqüências; perda total no carro mais de uma vez; acidente de carro; acidente de moto.			
Teve relação sexual com parceiro (a) desconhecido (a) nessa ocasião (p=0,000); 157 i.n.u	Feminino (%)	Masculino (%)	Total (%)
Sim	42 (6,9)	109 (20,7)	151 (13,3)
Não	564 (93,1)	418 (79,3)	982 (86,7)
TOTAL	606 (100)	527 (100)	1133 (100)

Tabela 27- Análise bivariada para “comportamento de risco”

	Comportamento de risco	NÃO (%)	SIM (%)	TOTAL (%)
Área do curso	Ciências Humanas e Artes	277 (85,8)	46 (14,2)	323 (100)
	Profissões da Saúde	176 (78,6)	48 (21,4)	224 (100)
	Ciências Básicas, Exatas e Tecnológicas	485 (69,3)	215 (30,7)	700 (100)
	TOTAL	938 (75,2)	309 (24,8)	1247 (100)
	43 inu	p=0,000		
Sexo	Feminino	590 (85,3)	102 (14,7)	692 (100)
	Masculino	348 (62,7)	207 (37,7)	555 (100)
	TOTAL	938 (75,2)	309 (24,8)	1247 (100)
	43 inu	p=0,000		
Idade	17 a 20 anos	473 (79,1)	125 (20,9)	598 (100)
	21 a 23 anos	300 (70,6)	125 (29,4)	425 (100)
	24 a 44 anos	164 (73,9)	58 (26,1)	222 (100)
	TOTAL	937 (75,3)	308 (24,7)	1245 (100)
	45 inu	p=0,007		
Tem carro pessoal	Sim	249 (62,6)	149 (37,4)	398 (100)
	Não	646 (80,9)	153 (19,1)	799 (100)
	TOTAL	895 (74,8)	302 (25,2)	1197 (100)
	93 inu	p=0,000		
Escolaridade da mãe	Nenhum; básico e fundamental	228 (84,8)	41 (15,2)	269 (100)
	Médio; técnico	265 (76,1)	83 (23,9)	348 (100)
	Superior	445 (70,6)	185 (29,4)	630 (100)
	TOTAL	938 (75,2)	309 (24,8)	1247 (100)
	43 inu	p=0,000		
Já perdeu algum semestre do curso	Não	839 (78,2)	234 (21,8)	1073 (100)
	Sim	97 (56,7)	74 (43,3)	171 (100)
	TOTAL	936 (75,2)	308 (24,8)	1244 (100)
	46 inu	p=0,000		

	Comportamento de risco	NÃO (%)	SIM (%)	TOTAL (%)
Desenvolve pesquisa	Não	733 (76,9)	220 (23,1)	953 (100)
	Sim, não ganha bolsa; Sim, ganha bolsa	199 (69,1)	89 (30,9)	288 (100)
	TOTAL	932 (75,1)	309 (24,9)	1241 (100)
	49 inu	p=0,007		
Como ficou a vida religiosa depois que entrou na UNICAMP	Iniciou; Tornou-se mais intensa	88 (88,0)	12 (12,0)	100 (100)
	Tornou-se menos intensa	263 (75,6)	85 (24,4)	348 (100)
	Não mudou em nada; Não tenho vida religiosa	582 (73,8)	207 (26,2)	789 (100)
	TOTAL	933 (75,4)	304 (24,6)	1237 (100)
	53 inu	p=0,008		
Insônia	Não	644 (75,1)	214 (24,9)	858 (100)
	Sim	284 (75,3)	93 (24,7)	377 (100)
	TOTAL	928 (75,1)	307 (24,9)	1235 (100)
	55 inu	p=0,918		
Risco de suicídio	Não	802 (75,7)	257 (24,3)	1059 (100)
	Sim	130 (73,0)	48 (27,0)	178 (100)
	TOTAL	932 (75,3)	305 (24,7)	1237 (100)
	53 inu	p=0,440		
Uso de cigarro	Não	885 (79,4)	229 (20,6)	1114 (100)
	Sim	51 (39,8)	77 (60,2)	128 (100)
	TOTAL	936 (75,4)	306 (24,6)	1242 (100)
	48 inu	p=0,000		
Você é virgem	Não	610 (68,2)	284 (31,8)	894 (100)
	Sim	272 (95,4)	13 (4,6)	285 (100)
	TOTAL	882 (74,8)	297 (25,2)	1179 (100)
	111 inu	p=0,000		
Você namora	Não	432 (73,0)	160 (27,0)	592 (100)
	Sim	439 (76,2)	137 (23,8)	576 (100)
	Sou casado (a)	65 (86,7)	10 (13,3)	75 (100)
	TOTAL	936 (75,3)	307 (24,7)	1243 (100)
	47 inu	p=0,027		

Tabela 28- Regressão logística univariada para “comportamento de risco”

Variáveis		N	Parâmetro Estimado	p-valor	Odds	I.C. 95%
Área do curso	hum vs saúde	1247	-0.4961	0.0294	0.609	0.390; 0.951
	exatas vs saúde		0.4858	0.0077	1.625	1.137; 2.323
Sexo	M vs F	1247	1.2357	0.0001	3.441	2.622; 4.514
Idade	21-23 vs 17-20	1245	0.4553	0.0019	1.577	1.183; 2.101
	24-44 vs 17-20		0.2913	0.1112	1.338	0.935; 1.915
Estado civil	s/vinc. vs c/vinc.	1246	0.6628	0.0260	1.940	1.082; 3.477
Moradia	barão vs out. cidades	1245	0.2831	0.0929	1.327	0.954; 1.847
	out.bairros vs out. cidades		0.2060	0.2501	1.229	0.865; 1.745
Com quem vive	repub.vs pais	1243	0.3672	0.0130	1.444	1.080; 1.929
	parceiro vs pais		-0.1788	0.4725	0.836	0.514; 1.362
Quarto dormir	sozinho vs divide	1238	0.3688	0.0053	1.446	1.116; 1.874
Classe econômica	7- 9 vs 0-6	963	-0.0228	0.9032	0.977	0.677; 1.412
	10-14 vs 0-6		0.6713	0.0003	1.957	1.358; 2.821
Carro pessoal	sim vs não	1197	0.9269	0.0001	2.527	1.931; 3.306
Escolaridade (pai)	média vs baixa	1240	0.2369	0.2563	1.267	0.842; 1.908
	alta vs baixa		0.7474	0.0001	2.111	1.472; 3.028
Escolaridade (mãe)	média vs baixa	1247	0.5549	0.0086	1.742	1.151; 2.635
	alta vs baixa		0.8381	0.0001	2.312	1.590; 3.361
Estudou 1°	particular vs pública	1244	0.4637	0.0010	1.590	1.207; 2.095
Estudou 2°	particular vs pública	1246	0.4437	0.0026	1.558	1.167; 2.080
Tempo estuda (Unicamp)	>=22 vs < 22	1236	0.6893	0.0001	1.992	1.524; 2.604
Semestre do curso	>=5° vs até 4°	1239	0.4508	0.0007	1.570	1.210; 2.035
Período do curso	diurno vs noturno	1239	0.5086	0.0029	1.663	1.189; 2.325
Outro curso superior	sim vs não	1246	0.3518	0.0631	1.422	0.981; 2.060
Trabalha	não vs sim	1247	0.3574	0.0115	1.430	1.083; 1.887
Desenvolve pesquisa	sim vs não	1241	0.3989	0.0074	1.490	1.113; 1.995
Apoio p/ dificuldades	sim vs não	1246	0.5433	0.0029	1.722	1.204; 2.462
Etnia	branca vs parda/negra	1238	0.4960	0.0228	1.642	1.071; 2.517
	oriental vs parda/negra		-0.2281	0.4946	0.796	0.414; 1.532
Sentiu discriminação	poucas vs nunca	1243	0.3295	0.0632	1.390	0.982; 1.968
	algumas vs nunca		0.1643	0.3505	1.179	0.835; 1.664
Religião	não vs sim	1239	0.4268	0.0031	1.532	1.155; 2.034
Qual religião	católica vs evangélica	1233	1.1677	0.0001	3.214	1.858; 5.560
	espir/out. vs evangélica		1.0305	0.0011	2.802	1.509; 5.206
	não tem vs evangélica		1.3784	0.0001	3.969	2.241; 7.028
Freqüenta igreja	não vs várias	1230	0.7362	0.0001	2.088	1.522; 2.864
	1-10/ano vs várias		0.3862	0.0406	1.471	1.017; 2.129
Apoio membros religião		1221	0.9586	0.0013	2.608	1.455; 4.676
	às vezes vs sempre		1.0695	0.0001	2.914	1.967; 4.317
	nunca vs sempre					
Fé pessoal	fé vs muita fé	1225	0.3658	0.0518	1.442	0.997; 2.084
	pouca fé vs muita fé		1.0013	0.0001	2.722	1.845; 4.015
Educação religiosa infância	pouca vs muito	1239	0.2290	0.2444	1.257	0.855; 1.849
	religiosa vs muito		0.4367	0.0326	1.548	1.037; 2.310
Vida religiosa na Unicamp		1237	0.8629	0.0094	2.370	1.236; 4.543
	(-)intensa vs (+)intensa		0.9586	0.0026	2.608	1.398; 4.866
	não mudou vs (+)intensa					
Religião e identidade	não vs sim	1223	0.8726	0.0001	2.393	1.813; 3.160
Discriminado pela religião	não vs sim	1227	0.5252	0.0053	1.691	1.169; 2.445
Virgem	não vs sim	1179	2.2761	0.0001	9.738	5.486; 17.288

Namora	não vs sim	1243	0.1713	0.2035	1.187	0.911; 1.545
	casado vs sim		-0.7073	0.0454	0.493	0.247; 0.986
Vida sexual ativa	sim vs não	1233	1.0079	0.0001	2.740	2.053; 3.657
Idade início vida sexual	12-17 vs 18-28	693	0.6884	0.0001	1.990	1.435; 2.762
Orientação sexual	homo vs hetero	1227	0.5237	0.1696	1.688	0.800; 3.565
Praticou aborto	sim vs não	1229	1.5828	0.0003	4.869	2.086; 11.365
Coeficiente rendimento	<0.71 vs >=0.71	1164	0.8726	0.0001	2.393	1.828; 3.133
IMC	sobre/obeso vs normal	1220	0.1465	0.4384	1.158	0.799; 1.677
Como se sente estudante	indif/mal vs bem	1244	0.3183	0.0370	1.375	1.019; 1.854
Já perdeu algum semestre	sim vs não	1244	1.0062	0.0001	2.735	1.956; 3.825

Tabela 29- Regressão logística multivariada para “comportamento de risco” (n=1.115)

Parâmetros		Parâmetro Estimado	p-valor	Odds	I.C. 95%
Intercepto		-5.8071	0.0001	---	---
Sexo	M vs F	1.0269	0.0001	2.792	2.023; 3.854
Carro pessoal	sim vs não	0.9048	0.0001	2.471	1.796; 3.401
Escolaridade (mãe)	média vs baixa	0.4318	0.0816	1.540	0.947; 2.504
	alta vs baixa	0.7692	0.0007	2.158	1.382; 3.369
Desenvolve pesquisa	sim vs não	0.4201	0.0181	1.522	1.074; 2.156
Vida religiosa na Unicamp		1.0455	0.0045	2.845	1.384; 5.850
	(-)intensa vs (+)intensa	0.8882	0.0110	2.431	1.226; 4.820
	não mudou vs (+)intensa				
Virgem	não vs sim	2.2906	0.0001	9.881	5.315; 18.368
Namora	não vs sim	0.4966	0.0026	1.643	1.189; 2.271
	casado vs sim	-0.3758	0.3913	0.687	0.291; 1.622
Já perdeu algum semestre	sim vs não	0.8070	0.0001	2.241	1.494; 3.361

Associaram-se com “comportamento de risco” as seguintes respostas das variáveis independentes testadas:

1. Não ser virgem (Odds=9,8)
2. Relatar que a vida religiosa tornou-se menos intensa após entrada na UNICAMP (Odds=2,8)
3. Pertencer ao sexo masculino (Odds=2,7)
4. Ter carro pessoal (Odds=2,4)
5. Ter perdido algum semestre do curso (Odds=2,2)
6. Escolaridade alta da mãe (curso superior) (Odds=2,2)
7. Não namorar (Odds=1,6)
8. Relatar que desenvolve pesquisa (Odds=1,5)

5- DISCUSSÃO

5.1- Limitações do estudo

O presente estudo buscou captar uma amostra representativa das diferentes áreas de cursos da UNICAMP (ciências básicas, exatas, tecnológicas, humanas, artes e profissões da saúde), mas não se pode afirmar que a amostra estudada seja estritamente representativa do conjunto de estudantes da UNICAMP.

Embora a amostra estudada seja consideravelmente proporcional ao conjunto de estudantes da UNICAMP das diversas áreas (Tabela 5), cursos da área de ciências humanas (como história, filosofia, ciências sociais, ciências econômicas, lingüística e letras); da área de artes (como dança, educação artística, midialogia e artes cênicas); da área de ciências básicas (como ciências da terra, ciências biológicas, matemática e química), da área de exatas (como ciência da computação, engenharia elétrica, engenharia mecânica e engenharia de controle e automação) e da área de profissões da saúde (como educação física, enfermagem, farmácia e odontologia), não puderam ser incluídos neste estudo, a maior parte deles por recusa dos coordenadores em permitir as entrevistas.

A importância das diferenças entre as áreas já foi representada em outros estudos com estudantes universitários no Brasil. A exemplo disso, Andrade et al. (1997) investigaram o padrão de uso de álcool e de outras substâncias psicoativas entre estudantes de graduação da USP e demonstraram que a prevalência de uso de tais substâncias não ocorre de forma homogênea entre as áreas de humanas, biológicas e exatas. Na área de exatas encontrou-se menor proporção de estudantes que referiram uso de drogas em qualquer das modalidades (*na vida, últimos 12 meses, últimos 30 dias*). Para o uso de tabaco, o padrão de utilização foi maior na área de biológicas. Para uso de álcool, os percentuais foram mais homogêneos entre as áreas, tendo sido identificadas somente diferenças em relação ao uso *na vida*, com menor percentagem na área de humanas. Quanto ao uso de cocaína, não puderam ser identificadas diferenças entre as áreas de estudo (Andrade et al., 1997).

Em relação às diferenças entre as áreas dos cursos, o presente estudo encontrou um padrão de transtorno mental auto-referido heterogêneo entre as mesmas (estudantes de humanas e artes tendo maior prevalência); padrão de uso de risco de álcool marcadamente

heterogêneo entre as áreas dos cursos (estudantes de exatas com maior uso) e padrão de uso de substâncias psicoativas tendencialmente heterogêneo (estudantes de exatas utilizando mais). Tal diferença de resultados justifica o desenho do presente estudo, que buscou captar uma amostra que contemplasse o conjunto de estudantes da UNICAMP de forma proporcional em relação às áreas oferecidas pela universidade.

As informações obtidas sobre o uso de substâncias psicoativas ilícitas e sobre comportamentos de risco (como beber ou usar drogas e dirigir e ter relações sexuais embriagado) devem ser consideradas com cautela, pois os relatos podem não ser fidedignos devido ao medo de fornecer informações sobre um comportamento socialmente criticado. É possível que alguns estudantes tenham tido receio de quebra de sigilo, principalmente num tipo de estudo em que a coleta de dados, embora anônima, tenha sido realizada dentro de sala de aula.

A análise do uso de diversas substâncias psicoativas ilícitas conjuntamente (*uso no mês* para maconha e *uso no mês, no ano e na vida* para as demais substâncias, exceto “tabaco” e “calmante”) pode ser considerada um procedimento questionável. Isso se deve ao fato de ter sido agrupado em uma única categoria, pelo menos dois possíveis diferentes tipos de estudantes, a saber: o primeiro, aquele que faz um uso freqüente e significativo de substâncias; o segundo, aquele que pode ter feito apenas um uso ocasional ou experimental de substância. Estes dois grupos possivelmente implicam características pessoais e de risco distintas.

Além disso, as seguintes substâncias psicoativas talvez não devessem ter sido incluídas na análise da variável “uso de drogas”: (1) anfetamina (freqüentemente utilizada em dietas para emagrecer); (2) esteróide/anabolizante (usado por jovens para aumentar a musculatura); (3) solventes (muitas vezes utilizado em festas de estudantes da área de saúde); (4) outras drogas psicoativas “para dar barato”. Tais substâncias implicam padrões de uso supostamente menos perigosos (ou mais aceitáveis socialmente) do que crack, cocaína em pó, alucinógeno e ecstasy.

De qualquer forma, é importante considerar que o uso de substâncias psicoativas ilícitas (tais como cocaína em pó, crack e alucinógenos), mesmo ocasionalmente ou com uma freqüência muito baixa (*uso no ano; uso na vida*), pode ser um

indicador de risco à saúde física e mental, devido a fatores como contato com meio criminal, efeito psicoativo e risco de dependência específico dessas substâncias psicoativas.

A exemplo disso, estudos realizados por outros pesquisadores apontaram certa “naturalização” do uso experimental de substâncias psicoativas ilícitas, o que inevitavelmente representa um maior risco à saúde. A revisão realizada por Stempliuk et al. (2005), por exemplo, teve como objetivo comparar as prevalências de uso de diversas drogas e as opiniões sobre esses usos entre estudantes de graduação da USP, a partir de dois levantamentos realizados (1996 e 2001). Observou-se que o aumento de uso de drogas observado entre um levantamento e outro, refletiu atitudes e opiniões favoráveis acerca do uso “experimental” e “regular” de algumas substâncias psicoativas. Tais atitudes favoráveis representaram maior risco à saúde devido à aprovação do uso experimental e regular de cocaína, crack, anfetaminas e inalantes (além do aumento de uso estatisticamente significativo *na vida* para álcool, tabaco, maconha, inalantes, alucinógenos, anfetaminas, anticolinérgicos, barbitúricos e ilícitas em geral). Concluiu-se, nesse estudo, que embora o uso ocasional de drogas como cocaína e alucinógenos represente riscos consideráveis, tal uso parece estar tornando-se cada vez mais aceito entre os jovens universitários.

Em relação à saúde mental, a confiabilidade do instrumento M.I.N.I. em uso do tipo auto-aplicação não foi ainda adequadamente avaliada, sobretudo em nosso meio. Entretanto, deve-se ressaltar que o M.I.N.I. foi utilizado nesse estudo mais como um “inventário subjetivo de queixas e sintomas” do que propriamente como um instrumento objetivo de detecção de prevalência de transtornos mentais. Sheehan et al. (1997) validaram o uso do M.I.N.I. na sua forma auto-aplicada. Esses autores compararam o M.I.N.I. auto-aplicado tanto ao M.I.N.I. aplicado por um clínico experiente, como ao SCID-P. Os resultados avaliados pelo índice Kappa revelaram que a versão tipo auto-aplicação do M.I.N.I. tem uma confiabilidade modesta (sobretudo para transtornos não-psicóticos), podendo ser utilizado, com cautela, para detecção de transtornos mentais menores.

Quanto à pergunta sobre ter tido relação sexual após uso de álcool ou de outra droga, com parceiro (a) desconhecido (a), talvez devesse ter sido considerado “comportamento de risco” não propriamente relacionar-se sexualmente embriagado com

parceiro (a) desconhecido (a), mas relacionar-se, nessas condições, sem uso de preservativo.

Finalmente, os temas abordados no questionário sobre “situação estudantil”, “etnia”, “religiosidade”, “saúde física”, “uso de álcool”, “uso de substâncias psicoativas” e “sexualidade”, não foram especificamente nomeados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE - ANEXO 2). O trecho do TCLE referente ao objetivo da pesquisa¹¹ abordou as temáticas gerais estudadas neste trabalho, no qual as questões específicas encontram-se inseridas. Por exemplo: “sexualidade”, “uso de álcool” e “uso de substâncias psicoativas” foram consideradas temáticas específicas inseridas dentro da temática geral “saúde mental”. Este procedimento pode vir a ser questionado, entretanto, é necessário considerar que o TCLE foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO 1), sem restrição a esse aspecto; além disso, durante a coleta de dados, os estudantes que participaram da pesquisa não mencionaram qualquer dúvida em relação ao TCLE.

5.2- Saúde mental

A prevalência de pelo menos um transtorno mental auto-referido neste estudo foi de 58%, sendo 69% em mulheres e 45% em homens.

Uma revisão recente de Reifler (2006), de estudos realizados entre 1920 e 1968, nos Estados Unidos, revelou valores de prevalência de transtornos mentais, nesses estudos antigos, de 6 a 28%. A pesquisa de Rimmer et al. (1982), nos EUA, encontrou valores em torno de 39%. No México, Mendonza e Medina-Mora (1987) identificaram uma prevalência de 39,3%, utilizando o GHQ-60. No Canadá, Adlaf (2001) obteve uma prevalência de 30%. Mais recentemente nos EUA, Roberts et al. (2001) encontraram uma prevalência de 46% de algum transtorno mental entre estudantes universitários, pelo menos alguma vez ao longo do curso.

¹¹ “Fui informado(a) que este estudo tem como objetivo identificar a qualidade de vida, saúde mental, perfil sócio-demográfico e identidade psicossocial dos estudantes de graduação da UNICAMP, para que atividades de prevenção, promoção de saúde e eventualmente tratamento, sejam melhor adaptadas às necessidades dos estudantes”.

No Brasil, nos anos 1970, Giglio (1976), utilizando o GHQ-60, encontrou uma prevalência de 31,3% de possível transtorno mental entre estudantes da UNICAMP. No Rio Grande do Sul, Benvegnú et al. (1996), identificaram uma prevalência de 31,7% utilizando o SRQ-20. Cerchiari (2004), no Mato Grosso do Sul, encontrou uma prevalência de 25% de “transtornos mentais menores” utilizando o GHQ-60. Mais recentemente, Facundes e Ludermir (2005), em Pernambuco, utilizando o SRQ-20, encontraram uma prevalência de 34,1%.

Portanto, a prevalência encontrada no presente estudo de 58%, à luz da literatura internacional e nacional, é consideravelmente muito alta. Embora os estudos tenham sido feitos com instrumentos diferentes do M.I.N.I., a prevalência de transtornos mentais em estudos internacionais esteve na faixa de 30 a 46% e, nos estudos realizados no Brasil, de 25 a 34%, bem abaixo do resultado encontrado na presente investigação.

No presente estudo, foi utilizada uma forma auto-aplicada do M.I.N.I. É possível, portanto, que esta prevalência seja expressão de resultados “falso-positivos”, decorrentes do uso de um instrumento originalmente elaborado para ser aplicado por um profissional experiente. Uma explicação plausível é a conhecida tendência de populações de origem latina supervalorizar suas queixas e as relatar de forma mais intensa do que seria obtido por um avaliador experiente (Mari e Williams, 1985, 1986). Por outro lado, nos estudos anteriores feitos no Brasil (prevalências em torno de 25 a 34%), foram utilizados instrumentos de rastreamento (como o SRQ-20, o GHQ-12) e não de diagnósticos específicos (como o M.I.N.I.), sendo, portanto, inviável estabelecer um critério de comparação entre os instrumentos.

Os estudos epidemiológicos internacionais recentes para a população geral têm revelado altas taxas de transtornos mentais, maiores que as anteriores aos anos 1990 e 2000. Em um estudo com 9.282 pessoas adultas, representativas da população dos EUA, Kessler et al. (2005) identificaram que 26% apresentavam algum transtorno mental no último ano e 46%, ao longo da vida. Também estimaram que 51% terão apresentado algum transtorno mental quando chegarem aos 75 anos de idade.

Dos transtornos investigados no presente estudo, provavelmente a maior parte revela resultados “falso-positivos”. Entretanto, em particular, a prevalência de quadros de mania e hipomania, muito possivelmente expressa uma alta taxa de “falso-positivos”. Enquanto estudos internacionais indicam prevalências em torno de 1 a 3% para a população geral, utilizando-se definições restritas de mania (Belmaker, 2004), e cerca de até 8% com definições amplas de bipolaridade (Akiskal et al., 2000), no presente estudo encontrou-se uma prevalência de cerca de 14%, certamente um valor artificialmente muito elevado.

As perguntas referentes ao diagnóstico de mania no M.I.N.I. (versão auto-aplicação) não orientam para o fato de que a vigência dos sintomas de mania deve excluir a vigência dos sintomas decorrentes do uso de substâncias psicoativas (como o de cocaína). Esse aspecto pode explicar parcialmente a inflação de mania, pois é possível que respostas positivas para mania tenham sido declaradas pensando-se em momentos de euforia pelo uso de substâncias psicoativas.

O gênero feminino foi a variável que mais intensamente se associou de modo independente a ter um algum tipo de transtorno mental, de acordo com o instrumento utilizado. De modo geral, as mulheres estão mais representadas nos diversos estudos epidemiológicos (para dados norte-americanos, Kessler et al., 2005; e para dados europeus, Lepine et al., 2005) que avaliam transtornos psiquiátricos menores (em que se excluem quadros psicóticos e outros transtornos mentais graves).

Algumas variáveis associadas a ter um transtorno mental são redundantes, por exemplo, “ter sido atendido por um serviço de saúde mental na UNICAMP”. Na mesma linha, mas não tão evidentemente, “ter relacionamento ruim com amigos”, “sentir-se discriminado”, “sentir-se menos apoiado pelos pais” e “sentir-se indiferente e mal como estudante da UNICAMP”, podem ser indicativos de conseqüências de ter um transtorno mental. Entretanto, não se pode excluir a priori a possibilidade de outra direção causal, ou seja, de que esses fatores tenham contribuído para a ocorrência do transtorno mental. Obviamente, sendo este um estudo transversal, é impossível a atribuição de flechas de causalidade.

De modo geral, as variáveis associadas a ter um transtorno mental identificadas no presente estudo, indicaram uma possível situação de pior condição psicossocial por parte dos estudantes acometidos. Referem ter pior relacionamento com amigos, sentem-se mais discriminados e menos apoiados pelos pais, relatam mais problemas de uso de álcool ou drogas na família e provêm mais de ensino fundamental realizado em escola pública (que pode indicar menor nível sócio-econômico).

5.3- Uso de álcool

A prevalência global de uso de risco de álcool (AUDIT positivo ≥ 8) pelos estudantes da UNICAMP foi de 24%, sendo 35% em estudantes do sexo masculino e 15% em estudantes do sexo feminino.

Estudos internacionais indicaram (Kypri e Stephenson, 2005) uma prevalência de 63% de *bebedores de risco* (AUDIT positivo ≥ 8) numa amostra de 1.564 estudantes universitários da Austrália. Já na Nigéria, um estudo realizado por Adewuya (2005) encontrou uma prevalência de 9,5% de uso de risco de álcool (AUDIT positivo ≥ 8), numa amostra de 810 estudantes universitários.

No Brasil, Borini et al. (1994) encontraram uma taxa de 29,7% de bebedores moderados (de 212 a 540 gramas)¹² e 18,1% de bebedores excessivos (acima de 540 gramas) entre estudantes de medicina de Marília/SP. Em estudo recente com estudantes universitários de Campo Grande/MS, Rodrigues e colaboradores (2007), utilizando o AUDIT, encontraram uma prevalência de 21% de *bebedores de risco*.

Assim, a prevalência de 24% de uso de risco pelo AUDIT encontrada no presente estudo assemelha-se aos resultados encontrados por outros pesquisadores no Brasil. Essas prevalências (em torno de 20 a 25%) parecem ser claramente menores do que a verificada na Austrália, país em que o uso de álcool é sabidamente elevado em relação ao Brasil (Room et al., 2005), e maiores do que a prevalência encontrada na África.

¹² Os usuários de bebidas alcoólicas foram classificados em “bebedores moderados” e “bebedores excessivos” empregando os valores de corte de Cahalan et al. (1969).

Para o uso de risco de álcool, o gênero masculino revelou-se claramente e de forma independente associado à maior prevalência. Tal dado é já bastante conhecido e debatido na literatura nacional e internacional. Embora a diferença de gênero esteja diminuindo, os homens das várias faixas etárias e grupos populacionais utilizam significativamente mais álcool que as mulheres (Room et al., 2005).

As variáveis referentes à sexualidade, sociabilidade e religiosidade revelaram-se associadas de forma marcante a um maior uso de álcool. Assim, “não ser virgem”, “não namorar”, “ter vida sexual ativa”, “receber apoio para as dificuldades dentro da UNICAMP” e “não considerar a religião importante para a identidade pessoal e social” associaram-se a um significativo uso de risco de álcool.

Esses dados podem indicar certo padrão de comportamento mais sociável e menos vinculado a uma única pessoa, o que pode associar-se a maior frequência a bares e festas. No estudo realizado por Borini et al. (1994), observou-se que a maioria (79%) dos estudantes bebia em grupos e nenhum indivíduo bebia exclusivamente sozinho. Além disso, um menor envolvimento religioso pode ser uma condição propiciadora para maior uso de álcool.

Finalmente, a associação entre “pior desempenho acadêmico” e maior uso de risco de álcool pode indicar que, embora esteja associado a uma “peculiar sociabilidade”, o uso de risco de álcool aponta para algum tipo de prejuízo, tal como ter um pior rendimento acadêmico. Borini et al. (1994) já haviam encontrado associação entre maior uso de álcool e pior rendimento acadêmico entre estudantes de medicina. Segundo esses autores, a taxa de reprovação entre os bebedores excessivos (16%) foi mais que o dobro da dos que não bebiam (7,5%). Da mesma forma, Kerr-Corrêa et al. (2001) encontraram correlação positiva entre a frequência de uso de álcool e queda do rendimento acadêmico.

Assim, os dados do presente estudo revelaram que, embora o uso de álcool nos níveis de risco relaciona-se a certos padrões de sociabilidade, tal uso pode ter conseqüências deletérias para os estudantes, pelo menos na esfera acadêmica.

5.4- Uso de outras substâncias psicoativas

A prevalência global de “uso de drogas” entre estudantes da UNICAMP foi de 27%, sendo 33% entre os homens e 22% entre as mulheres.

Para o procedimento de análise estatística foi criada a categoria “uso de drogas” excluindo-se as substâncias tabaco e calmantes, por pertencerem à classe de substâncias lícitas e, particularmente para o caso do tabaco, por ter pouco efeito disruptivo sobre o estado mental.

No presente estudo, o uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas entre estudantes da UNICAMP (Tabela 21), seguindo a ordem da substância mais utilizada, *na vida*, para a menos utilizada, indicou o seguinte padrão de uso: tabaco (38,3%); maconha (25,0%); solvente (19,9%); calmante (9,0%); anfetamina (6,9%); cocaína em pó (3,9%); ecstasy (3,5%); alucinógeno (3,2%); outras drogas para “dar barato” (2,8%); crack (0,7%) e esteróide/anabolizante (0,7%).

No Brasil, alguns estudos sobre uso de substâncias psicoativas (Andrade et al., 1997; Kerr-Corrêa et al., 1999), foram realizados principalmente com estudantes de medicina. Tais estudos utilizaram um instrumento proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para identificar o uso de álcool e substâncias psicoativas lícitas e ilícitas *na vida, nos últimos 12 meses e nos últimos 30 dias* (Smart et al., 1980).

Kerr-Corrêa e colaboradores (1999), ao pesquisar os tipos de substâncias psicoativas utilizadas *na vida* por estudantes de medicina da UNESP, encontraram os seguintes dados: (33%) tabaco, (30%) solventes, (17%) maconha, (14%) benzodiazepínicos, (6%) anfetaminas e (3%) cocaína (Kerr-Corrêa et al., 1999).

Utilizando a mesma metodologia (Smart et al., 1980), Andrade e colaboradores (1997) conduziram uma pesquisa para verificar o padrão de uso de drogas em 2.564 estudantes de graduação de diferentes áreas da USP. As seguintes prevalências de uso *na vida* foram encontradas: (43,3%) tabaco, (38%) “drogas” (incluindo todas as substâncias abordadas, exceto álcool e tabaco), (30,6%) maconha, (18,2%) solventes e (7,1%) cocaína. De acordo com os autores, as variáveis que mais se associaram ao uso de drogas foram:

pertencer ao gênero masculino e morar sem a família (o *uso na vida* de tabaco, “drogas” e de cocaína é maior para os estudantes que moram sem a família) (Andrade et al., 1997).

Stempliuk e colaboradores (2005), em estudo comparativo de uso de substâncias psicoativas entre estudantes de graduação da USP, encontraram um aumento de uso de drogas ilícitas *na vida*, de 39,4% no ano de 1996 para 45,1% no ano de 2001 (Stempliuk et al., 2005). Wagner e colaboradores (2007) realizaram um estudo focando as diferenças entre os gêneros quanto ao padrão de consumo de drogas, a partir dos dados obtidos por Stempliuk e colaboradores (2005) nos levantamentos realizados na USP em 1996 e 2001. Wagner e colaboradores (2007) observaram que os rapazes apresentaram um aumento significativo de *uso na vida* de tabaco (de 44,8% para 50,9%), maconha (de 33,7% para 39,5%) e alucinógenos (de 6,6% para 14,1%) (Wagner et al., 2007).

Os estudos disponíveis em nosso meio sobre uso de substâncias psicoativas por estudantes universitários parecem revelar taxas mais altas do que as encontradas no presente estudo, principalmente entre estudantes da USP que apresentaram maior prevalência de uso *na vida* de tabaco, maconha e cocaína. Embora realizados com métodos distintos, os levantamentos indicam uso *na vida* de drogas ilícitas por 38% a 45% dos estudantes da USP. No presente estudo encontrou-se o valor de 27% para “uso de drogas” (*uso no mês, no ano e na vida*), indicando possivelmente um menor uso dos estudantes da UNICAMP em relação aos estudantes da USP.

Quando comparados aos estudantes da UNESP, observou-se, de modo geral, um maior padrão de uso de tabaco e de maconha entre os estudantes da UNICAMP, e maior uso de solvente e de calmante entre os estudantes de medicina da UNESP. Kerr-Corrêa e colaboradores (1999) discutem que o alto uso de solventes, maior inclusive do que de maconha entre estudantes de medicina, parece ser uma característica peculiar desses estudantes.

As variáveis “não ser virgem”, “ter tido pouca educação religiosa durante a infância” e “não ter religião” foram as que mais intensamente se associaram de modo independente a um maior uso de substâncias psicoativas, indicando, assim como no uso de

álcool, que valores e atitudes relacionados à sexualidade e à religiosidade estão associados, de alguma forma, a um maior uso de algum tipo de substância psicoativa.

É bastante plausível que estudantes virgens, com religião e com educação religiosa mais intensa na infância, tenham um perfil de comportamentos distintos que, de alguma forma, os protegem do uso de substâncias psicoativas ilícitas. É também possível que, de modo geral, eles tenham um padrão comportamental que supõe atitudes mais tradicionais. Entretanto, o desenho deste estudo não permite explorar tais suposições.

A variável “ter o próprio carro pessoal” pode indicar melhor condição sócio-econômica desses estudantes e, possivelmente, maior disponibilidade financeira para adquirir substâncias psicoativas (e também ir a festas, baladas etc.).

Finalmente, as variáveis “sentir-se indiferente e mal como estudante da UNICAMP” e “ter perdido algum semestre do curso” podem indicar algum tipo de dificuldade psicossocial em relação à vida estudantil e ao desempenho acadêmico.

5.5- Comportamentos de risco relacionados ao uso de álcool e/ou de outras substâncias psicoativas

A prevalência de algum tipo de comportamento de risco (dirigir e/ou ter relação sexual com parceiro (a) desconhecido após usar álcool e/ou outras drogas, a ponto de ficar embriagado) foi de 25% entre estudantes da UNICAMP, sendo (37%) entre o sexo masculino e (15%) entre o sexo feminino.

Estudos internacionais indicaram, na Europa (D'Alessio et al., 2006), que 33% de uma amostra de 1000 estudantes universitários estudados na Itália, “bebiam até se embriagar”. Na Alemanha, Keller et al. (2007), estimaram a prevalência de 28% de “*binge drinkers*” entre estudantes de medicina daquele país, sendo que estudantes do sexo masculino relataram maior frequência de episódios de “beber até se embriagar” do que estudantes do sexo feminino. De modo geral, os estudantes que apresentaram maior

frequência de “beber até se embriagar” também relataram maior “desejo de beber”, perceberam “mais vantagens em beber” e apresentaram maior uso de cigarro e de maconha.

No Brasil, levantamentos realizados por Kerr-Corrêa et al. (2003) sobre uso de álcool entre estudantes da UNESP, nos anos de 1998, 2000 e 2001, indicaram que 25% dos estudantes “bebiam se embriagando”, ou seja, bebiam cinco ou mais drinques em uma única ocasião, por mais de uma vez, em um período de duas semanas.

De acordo com a literatura internacional, os dados de prevalência de comportamentos de risco variam de 28 a 33%, e estão acima da prevalência encontrada na presente investigação, de 25%. Em relação à pesquisa realizada no Brasil (Kerr-Corrêa et al., 2003), o dado encontrado na UNESP coincide com o dado obtido no presente estudo (25%). Assim, os jovens universitários europeus parecem apresentar mais comportamentos de risco envolvendo uso de álcool e de outras substâncias psicoativas do que os jovens brasileiros.

Variáveis relacionadas à sexualidade e à religiosidade, assim como no uso de risco de álcool e de substâncias psicoativas, também estiveram fortemente associadas a ter um maior comportamento de risco, tais como: “não ser virgem” e considerar que a “vida religiosa tenha se tornado menos intensa após a entrada na UNICAMP”. Também aqui seja possível aventar que estudantes virgens e mais religiosos apresentam comportamentos mais reservados que os protegeria de certos comportamentos de risco (como por exemplo, dirigir embriagado).

O gênero masculino, tal como observado em dados revisados de literatura científica, revelou-se claramente associado à maior prevalência de comportamento de risco e de uso de risco de álcool (AUDIT positivo ≥ 8). Estas duas variáveis dependentes pesquisadas nesta tese estão, obviamente, claramente relacionadas (uso de risco pelo AUDIT e comportamentos de risco decorrentes de tal uso).

Assim como para o uso de substâncias psicoativas, ter o próprio “carro pessoal” também associou-se a maior comportamento de risco. Nos dois casos, ter um “carro pessoal” pode indicar um nível sócio-econômico mais alto, o que, para comportamento de risco, foi confirmado pela variável “alta escolaridade da mãe”.

Um nível sócio-econômico mais alto pode não apenas associar-se à maior disponibilidade financeira para consumir álcool e substâncias psicoativas ilícitas, como o próprio fato de ter um carro pessoal, obviamente, facilita que o indivíduo dirija após ter se embriagado ou utilizado substâncias psicoativas numa festa.

Sobre o rendimento acadêmico, a variável “ter perdido algum semestre do curso”, associada a comportamento de risco, revela certo prejuízo acadêmico no grupo que se envolve mais com tais comportamentos.

As variáveis “não namorar” e “desenvolver pesquisa”, embora de menor magnitude na associação com comportamento de risco, podem refletir, de alguma forma, aspectos relacionados a certo padrão de “sociabilidade”. Por exemplo, pode-se especular que estudantes que não namoram freqüentam mais festas e baladas (mas isto não pôde ser testado com os dados disponíveis).

5.6- Análise integrada de saúde mental e uso de risco de álcool e/ou de outras substâncias psicoativas

Considerando-se as limitações deste estudo, pode-se pensar que emergiram dois perfis de estudantes da UNICAMP através dos dados da presente pesquisa.

O primeiro perfil revela estudantes do sexo feminino apresentando algum tipo de sofrimento mental. Além disso, a variável independente de maior magnitude associada a apresentar algum transtorno mental (além do próprio gênero feminino), foi a busca de ajuda em serviço de saúde mental dentro da UNICAMP. Isto possivelmente indica que muitos desses estudantes reconhecem seu sofrimento, buscando ajuda profissional para ele.

Os estudantes com queixas relacionadas a transtornos mentais parecem apresentar outras importantes dificuldades psicossociais. No contexto social (importante nessa fase da vida marcada pela entrada na vida adulta e maior independência da família), as variáveis “ter relacionamento ruim com amigos” e “sentir-se discriminado” podem indicar algum tipo de dificuldade vivida no processo de integração ao meio e socialização.

Da mesma forma, porém mais relacionada aos aspectos da vida estudantil, a variável “sentir-se indiferente e mal como estudante da UNICAMP” pode revelar algum tipo de dificuldade em relação à identidade estudantil.

Em relação ao contexto familiar, parece haver dificuldades importantes indicadas pelas variáveis “sentir-se pouco apoiado pelos pais” e relatar que “alguém da família apresenta problemas decorrentes de uso de álcool e drogas”.

De forma significativa, mas menos intensa, o fato de serem provenientes de ensino fundamental em escola pública, pode indicar um nível sócio-econômico mais baixo, e isto implicar condições de vida mais difíceis.

Pode-se, portanto, inferir que os estudantes com queixas em relação à saúde mental apresentam dificuldades globais, decorrentes tanto de situações internas (sofrimento psíquico), como de situações interpessoais e ambientais (sentimento de maior discriminação social, dificuldades na relação com amigos, com a família, com a universidade, além de provável situação sócio-econômica mais baixa).

O segundo perfil encontrado nesta pesquisa aponta para estudantes envolvidos com “uso de risco de álcool”, “uso de outras substâncias psicoativas” e “comportamentos de risco” associados a tais usos. O gênero masculino esteve claramente associado com as variáveis dependentes em questão, com exceção de “uso de drogas”. Apesar do gênero masculino não ter sido prevalente na análise multivariada para “uso de drogas”, na análise univariada apresentou duas vezes mais de chance de usar substâncias psicoativas, do que estudantes do sexo feminino.

De modo geral, as variáveis mais fortemente associadas a estas três variáveis dependentes estudadas, refletiram os seguintes “aspectos” (segundo uma escala das variáveis mais fortemente associadas, para as que se associaram com menor magnitude):

1. Aspectos relacionados à sexualidade: “não ser virgem” e “ter vida sexual ativa”.

2. Aspectos relacionados à religiosidade: “vida religiosa tornou-se menos intensa após entrar na UNICAMP”, “ter tido pouca educação religiosa na infância”, “não ter religião” e “não considerar a religião importante para a identidade”.
3. Aspectos relacionados à sociabilidade: “não namorar” e “receber apoio para as dificuldades dentro da UNICAMP”.
4. Aspectos relacionados à situação financeira: “ter carro pessoal” e “escolaridade alta da mãe”.
5. Aspectos relacionados à vida acadêmica e estudantil: “ter perdido o semestre”, “sentir-se indiferente e mal como aluno da UNICAMP”, “desenvolver pesquisa” e “coeficiente de rendimento baixo”.

O agrupamento acima das variáveis independentes em “aspectos” (sexualidade, religiosidade, sociabilidade, situação financeira e vida estudantil) que mais estiveram associados às três variáveis dependentes (“uso de risco de álcool”, “uso de outras substâncias psicoativas” e “comportamentos de risco”), confirma que tais variáveis dependentes estão muito relacionadas entre si, o que permite pensar num perfil de estudante para este grupo.

Sendo assim, pode-se inicialmente especular que alguns aspectos ligados à sexualidade (como ser virgem) e à religiosidade (apresentar maior envolvimento com a religião, ter tido mais intensa educação religiosa na infância) são fatores de proteção contra o uso de risco de álcool, uso de outras substâncias psicoativas e envolvimento em comportamentos de risco.

Os aspectos relacionados à sociabilidade podem indicar, principalmente no caso de uso de risco de álcool (no qual tais questões predominaram), que os estudantes não percebem o *beber de risco* como um tipo de comportamento perigoso ou problemático. Isto difere claramente do que se encontrou para a variável “transtorno mental”, em que o grupo referiu sofrimento percebido e parece buscar ajuda para tal sofrimento.

Pode-se pensar que a sinalização de algum desconforto vivido pelos estudantes envolvidos com uso de risco de álcool e uso de outras substâncias psicoativas, revela-se indiretamente através de dificuldades acadêmicas de modo geral, como “ter perdido algum semestre”, “sentir-se indiferente e mal como estudante da UNICAMP” e “apresentar baixo coeficiente de rendimento”.

Finalmente, as variáveis “ter carro pessoal” e “escolaridade alta da mãe” podem sugerir melhor condição financeira, diferente dos dados encontrados no perfil dos estudantes que apresentaram sofrimento mental. É possível supor que essa melhor condição financeira facilite uso de risco de álcool e de outras substâncias psicoativas.

6- CONCLUSÃO

Pode-se concluir com os dados deste estudo que o gênero feminino está mais associado a ter algum tipo de sofrimento mental subjetivo, além de apresentar maiores dificuldades psicossociais (interpessoais e ambientais) auto-percebidas.

Ao contrário do gênero feminino, os estudantes do sexo masculino estão mais envolvidos com uso de risco de álcool (e com uso de substâncias psicoativas pela análise univariada de “uso de drogas”), assim como estão mais envolvidos em comportamentos de risco relacionados a tais usos, como beber e/ou usar drogas e dirigir; e beber e/ou usar drogas e ter relação sexual com parceiro (a) desconhecido (a). Também encontrou-se entre os rapazes pessoas mais inseridas nas relações sociais e com melhor condição sócio-econômica.

Este estudo revelou que há diferentes formas de expressão de dificuldades psicossociais e de possível sofrimento mental. Sendo assim, o gênero feminino parece identificar sofrimento e buscar mais auxílio para as dificuldades vividas. Ao contrário, o gênero masculino parece não associar uso de risco de álcool e de substâncias psicoativas a possíveis prejuízos de ordem física (envolvimento em comportamentos de risco) e/ou mental.

Desse modo, um claro desafio proposto pelos dados encontrados nesta pesquisa refere-se a problemas e riscos decorrentes do uso de risco álcool e de outras substâncias psicoativas, particularmente em estudantes do gênero masculino. Tal perfil de dificuldades e tipos de comportamentos parece tender a ser considerado “natural” dentro do ethos estudantil, não deflagrando a necessidade de busca de ajuda. Porém, implicam riscos à saúde física e mental certamente não negligenciáveis.

No gráfico 1, buscou-se resumir os perfis de estudantes revelados por essa pesquisa.

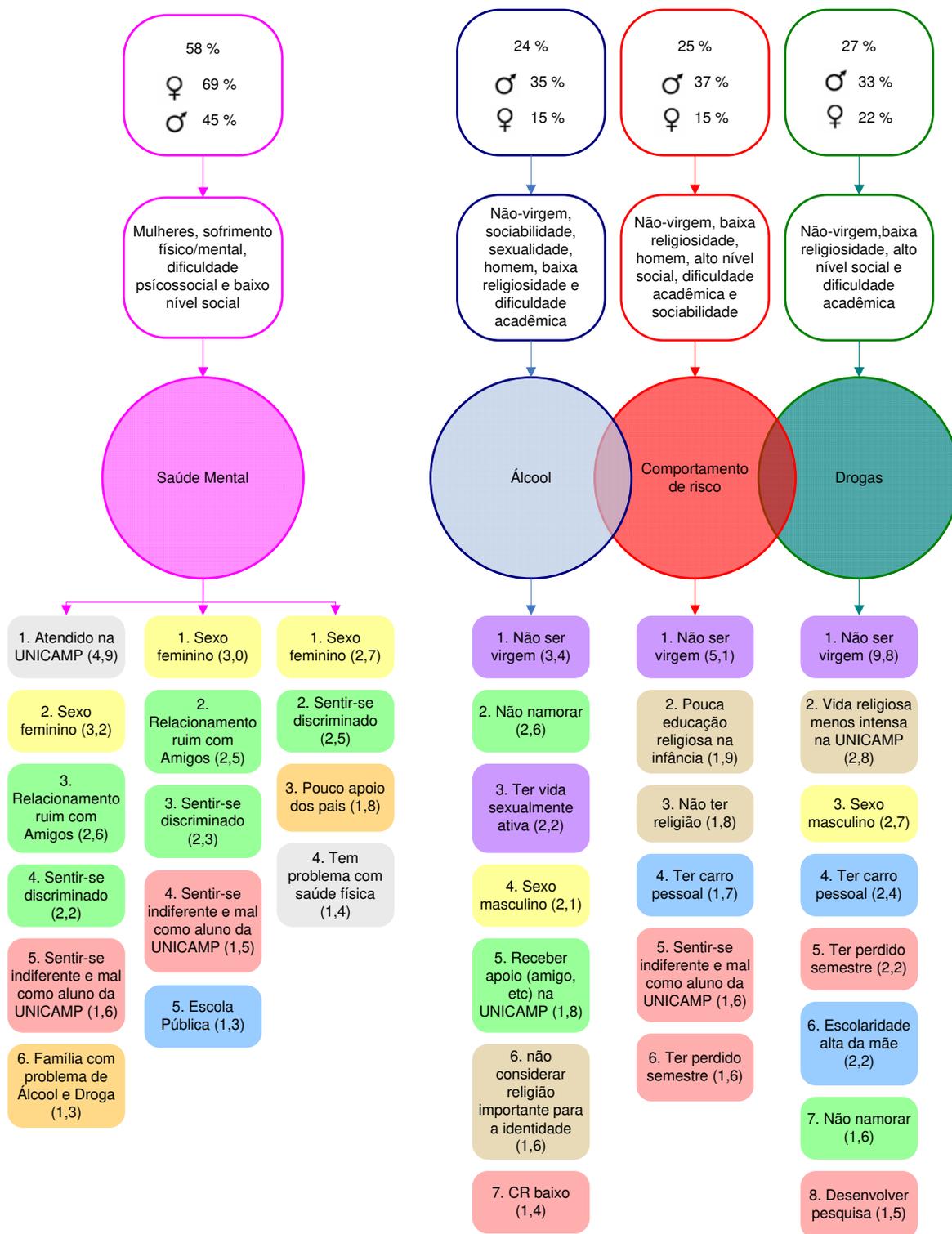


Gráfico 1- Perfis de estudantes da UNICAMP

* Entre parênteses encontram-se os valores de Odds

7- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Adewuya AO. Validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for alcohol-related problems among Nigerian university students. *Alcohol Alcohol*. 2005; 40:575-577.

Adlaf EM, Gliksman L, Demers A., Newton-Taylor B. The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: findings from the 1998 Canadian Campus Survey. *Journal of American College Health*. 2001;50(2):67-72.

Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J. et al. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *Journal of Affective Disorders*. 2000;59(suppl. 1):S5-S30.

Albuquerque MS. Saúde mental do universitário. *Neurobiologia*. 1973;36:1-12.

Amatuzzi MM. Etapas do processo terapêutico: Um estudo exploratório. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. Brasília. 1993;9(1):1-21.

Amorim P. Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Rev Bras Psiquiatr*. 2000;22(3):106-15.

Andrade AG, Queiroz S, Villaboim RCM, César CLG, Alves MCGP, Bassit AZ, Gentil V, Siqueira AAF, Tolosa EMC. Uso de álcool e drogas entre alunos de graduação da Universidade de São Paulo (1996). *Rev ABP-APAL*. 1997;19(2):53-9.

Andrade SM, Jorge MHPM. Características das vítimas por acidentes de transporte terrestre em município da região sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*. 2000;34:149-156.

Babor TF, Fuente JR, Saunders J, Grant M. AUDIT: The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary health care. WHO (World Health Organization), Geneva, Switzerland, 1992.

Babor TF, Higgle-Biddle JC. Intervenções breves para uso de risco e nocivo de álcool: Manual para uso em atenção primária. Tradução CM Corradi, Ribeirão Preto, PAI-PAD, 2003.

Belmaker RH. Bipolar disorder. *The New England Journal of Medicine*. 2004;351(5): 476-486.

Benitez C, Quintero J, Torres R. Prevalence of risk for mental disorders among undergraduate medical students at the Medical School of the Catholic University of Chile. *Revista Médica de Chile*. 2001;129:173-178.

Benvegnú LA, Deitos F, Copette FR. Problemas psiquiátricos menores em estudantes de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil. *Rev Psiquiatr Rio Gd Sul*. 1996;18(3):229-33.

Bergman H, Källmén H. Alcohol use among Swedes and psychometric evaluation of the Alcohol Use Disorders Identification Test. *Alcohol and Alcoholism*. 2002;37:245-51.

Bisquerra R, Sarriera JC, Martínez F. Introdução à estatística: Enfoque informático com o pacote estatístico SPSS. Porto Alegre: Artmed, 2004.

Bohoslavsky R. Orientação vocacional: A estratégia clínica. Trad. José Maria Valeije Bojart. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

Borini P, Oliveira CM, Martins MG, Guimarães RC. Padrão de uso de bebidas alcoólicas de estudantes de medicina (Marília, São Paulo). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*. 1994;43(2):93-103.

Caplan G. Princípios de psiquiatria preventiva. Tradução de Álvaro Cabral. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

Cerchiari EAN. Prevalência de Transtornos Mentais Menores em Estudantes Universitários. In: Saúde mental e qualidade de vida em estudantes universitários. [Tese - Doutorado]. Campinas (SP): FCM/UNICAMP; 2004.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Sítio na internet: <http://www.conselho.saude.gov.br>.

D'Alessio M, Baiocco R, Laghi F. The problem of binge drinking among Italian university students: A preliminary investigation. *Addictive Behaviors*. 2006; 31(12).

Dawson DA, Grant BF, Stinson FS, Chou PS. Another look at heavy episodic drinking and alcohol use disorders among college and noncollege youth. *Journal of Studies on Alcohol*. 2004;65:477-489.

DSM-IV - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. 4ª. Edição. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

Erikson EH. Identidade, juventude e crise. Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1976.

Facundes VLD, Ludermir AB. Common mental disorders among health care students. Rev Bras Psiquiatr. 2005;27(3):194-200.

Fernandes JM, Rodrigues CRC. Estudo retrospectivo de uma população de estudantes de medicina atendidos no ambulatório de clínica psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Medicina, Ribeirão Preto. 1993;26(2):258-269.

Fleiss JL. Statistical methods for rates and proportions. New York: John Wiley & Sons, 2a. ed, 1981. Total de páginas: 321.

Fortes JRA, Abdo CHN. Saúde mental do estudante universitário. Revista da Associação Médica Brasileira. 1981;27(12):369-372.

FONAPRACE: Fórum Nacional de Pró-reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis. Sítio na internet: <http://www.unb.br/administracao/decanatos/dac/fonaprace/index.html>.

Giglio JS. Bem estar emocional em estudantes universitários. [Tese - Doutorado]. Campinas (SP): FCM/UNICAMP; 1976.

Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: A bio-social model. London: Tavistock; 1992.

Hahn M. Estudo da clientela de um programa de atenção em saúde mental junto ao estudante universitário de São Carlos. [Tese - Mestrado]. Campinas (SP): FCM/UNICAMP; 1994.

Hansell N, Smith WG, English JT. Community involvement mental health and roles performance. J. Nerv. Ment. Dis. 1964;138:268-276.

Henrique IFS, De Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLOS. Validation of the Brazilian version of alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). Rev Assoc. Med. Bras. 2004;50:199-206.

Hoirish A, Barros DIM, Souza IS. Orientação psico-pedagógica no ensino superior. São Paulo: Editora Cortez, 1993.

Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. John Wiley & Sons Inc. Nova Iorque, 1989. Total de páginas: 307.

Houaiss A. Dicionário Inglês-Português. Editora Record, Rio de Janeiro, 1982.

Jorge MS, Rodrigues ARF. Serviços de apoio ao estudante oferecidos pela escola de enfermagem do Brasil. Revista Latino-Americana de Enfermagem. 1995;3:59-68.

Kandel DB, Yamaguchi K, Chen K. Stages of progression in drug involvement from adolescent to adulthood: Further evidence for the gateway theory. Journal of Studies on Alcohol. 1992;53:447-457.

Karam E, Kypri K, Salamoun M. Alcohol use among college students: An international perspective. Curr Opin Psychiatry. 2007; 20(3):213-221.

Keller S, Laforge RG, Maddock JE, Velicer WF, Basler HD. Binge drinking and health behavior in medical students. Addictive Behaviors. 2007; 32(3):505-515.

Kerr-Corrêa F, Andrade AG, Bassit AZ, Boccuto NMVF. Uso de álcool e drogas por estudantes de medicina da UNESP. Rev Bras Psiquiatr. 1999; 21(2).

Kerr-Corrêa F, Simão MO, Trinca LA, Dalben I, Mattos PF, Ramos-Cerqueira ATA, Mendes AA. I Levantamento do uso de álcool e de drogas e das condições gerais de vida dos estudantes da UNESP (1998). São Paulo: Fundação VUNESP, 2001.

Kerr-Corrêa F, Torresan R, Lima MEC, Sanches AF. Curso de atualização: "BASICS" avaliação e intervenção breve para o uso excessivo do álcool oferecido ao Programa de Prevenção ao Uso de Substâncias Lícitas e Ilícitas (Viva Mais) da Pró-Reitoria de Desenvolvimento Universitário (PRDU) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), 2003.

Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walter EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. Archives of General Psychiatry. 2005;62:617-27.

Knight JR, Wechsler H, Kuo M, Seibring M, Weitzman ER, Schuckit MA. Alcohol abuse and dependence among U.S. college students. J Stud Alcohol. 2002;63(3):263-70.

Knobel M. Síndrome da adolescência normal. In: Adolescência normal: Um enfoque psicanalítico (Aberastury A, Knobel M, org.). Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

Kohl RN. The psychiatrist as an advisor and psychoterapist for medical students. *Amer. J. Psychiat.* 1951;108:198-203.

Kypri K, Stephenson SCR. Drink-driving and perceptions of legally permissible alcohol use. *Traffic Inj Prev.* 2005; 65:219-224.

Lépine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française. *L'Encéphale.* 2005;31:182-94.

Lima C, Freire ACC, Silva APB, Teixeira RM, Farrell M, Prince M. Concurrent and construct validity of the audit in an urban Brazilian sample. *Alcohol Alcohol.* 2005;40:584-589.

Lima MS, Beria JU, Tomasi E, Conceição AT, Mari JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: An estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int J Psychiatry Med.* 1996;26(2):211-22.

Loreto G. Sobre problemas de higiene mental. *Neurobiologia.* 1958; 21(3-4):274-283.

Loreto G. Saúde mental do universitário. *Neurobiologia.* 1972;35:253-276.

Loreto G. Uma experiência de assistência psicológica e psiquiátrica a estudantes universitários. [Tese - Livre Docência]. Recife (PE): Centro de Ciências da Saúde/Universidade Federal de Pernambuco; 1985.

Ludermir AB. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. *Cad Saúde Pública.* 2000;16(3):647-59.

Mari JJ, Williams P. A comparison of the validity of two psychiatric screening questionnaires (GHQ-12 and SHQ-20) in Brazil, using Relative Operating Characteristic (ROC) analysis. *Psychol Med.* 1985;15:651-659.

Mari JJ, Williams P. A validity study of a psychiatric screening questionnaire (SRQ-20) in primary care in the city of Sao Paulo. *Br J Psychiatry.* 1986;148:23-26.

Marin L, Queiroz MS. A atualidade dos acidentes de trânsito na era da velocidade: Uma visão geral. *Cadernos de Saúde Pública*. 2000;16:7-22.

Marín-León L, Vizzotto MM. Comportamentos no trânsito: Um estudo epidemiológico com estudantes universitários. *Cadernos de Saúde Pública*. 2003;19(2):515-523.

Melo-Silva L L. Intervenção em orientação vocacional/profissional: Avaliando resultados e processos. Tese de Doutorado. FFCLRP/USP, 2000, 286 p.

Mendonza MR, Medina-Mora ME. Validez de una versión del Cuestionario General de Salud, para detectar psicopatología em estudantes universitários. *Salud Mental*. 1987;10(3):90-97.

Mendonza-Sassi RA, Béria JU. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: a population-based study using AUDIT in southern Brazil. *Addiction*. 2003;98:799-804.

Mesquita AMC, Bucarechi HA, Castel S, Andrade AG. Estudantes da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo: uso de substâncias psicoativas em 1991. *Rev ABP-APAL*. 1995;17:47-54.

Millan LR. Assistência psicológica ao aluno da FMUSP. *Boletim da Associação Brasileira de Educação Médica*. 1986;18(1):2-7.

Morales R. A experiência de implantação de um serviço de orientação e educação em saúde mental para estudantes universitários. [Trabalho de Graduação]. São Carlos (SP): Departamento de Enfermagem/UFSCar; 1989.

Mowbray CT, Megivern D, Mandiberg JM, Strauss S, Stein CH, Collins K, Kopels S, Curlin C, Lett R. Campus mental health services: recommendations for change. *Am J Orthopsychiatry*. 2006; 76(2): 226-237.

Murguía DL. Factores sociales, culturales y ambientales que influyen em el equilibrio del estudiante universitario. In: *Psychiatry Proceeding of the World Congress of Psychiatry*. México: Ed. Excerpta Medica, 1971.

Nicholli JR. Harvard dropouts: some psychiatric findings. *Amer. J. Psych*. 1967;124: 651-658.

- Oksuz E, Malhan S. Socioeconomic factors and health risk behaviors among university students in Turkey: Questionnaire study. *Croat Med J.* 2005;46:66-73.
- Oliveira MLC, Dantas CR, Azevedo RCS, Banzato CEM. *Counseling Brazilian undergraduate students: 17 years of a campus mental health service*, 2007.
- Pacheco e Silva AC, Lipszic SL. *Estudantes de medicina hoje*. São Paulo: Edigraf, Ltda, 1962.
- Pimont RP, Barrera L. O universitário brasileiro frente ao problema dos tóxicos. *Ciência e Cultura.* 1982;14:1279-1285.
- Polydoro SAJ, Primi R, Serpa MNF, Zaroni MMH, Pombal KCP. Desenvolvimento de uma escala de integração ao ensino superior. *Psico-USF.* 2001;6(1):11-7.
- Projeto VIVA MAIS/UNICAMP: Programa de prevenção ao uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas da PRDU (Pró-reitoria de Desenvolvimento Universitário) da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Sítio na internet: <http://www.prdu.unicamp.br/vivamais>
- Projeto VIVER BEM/UNESP: Universidade Estadual Paulista (UNESP). Sítio na internet: <http://www.viverbem.fmb.unesp.br>
- Reifler CB, Liptzin MB, Hill C. Epidemiological studies of college mental health. *Archives of General Psychiatry.* 1969;20(1):528-540.
- Reifler CB. Epidemiologic aspects of college mental health. *Journal of American College Health.* 2006; 54(6):372-376.
- Rimmer J, Halikas JA, Schuckit MA. Prevalence and incidence of psychiatric illness in college students: A four year prospective study. *JACH.* 1982;30(4):207-11.
- Roberts LW, Warner TD, Lyketsos C, Frank E, Ganzini L, Carter D. Perceptions of academic vulnerability associated with personal illness: A study of 1,027 students at nine medical schools. *Comprehensive Psychiatry.* 2001;42(1):1-15.
- Rodrigues AP, Oliveira AS, Zaleski EGF, Arantes SL. Avaliação do nível de propensão para o desenvolvimento do alcoolismo entre estudantes do curso de graduação em enfermagem da Universidade Católica Dom Bosco. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas.* 2007;3(1):1-10.

- Room R, Babor T, Jürgen R. Alcohol and public health. *The Lancet*. 2005;365:519-530.
- SAPPE/PRG/UNICAMP (Serviço de Assistência Psicológica e Psiquiátrica ao Estudante da UNICAMP). Sítio na internet: <http://www.prg.unicamp.br/sappe>
- Segal BE. Epidemiology of emotional disturbance among college undergraduates: A review and analysis. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1966; 143:348-362.
- Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan KH, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, et al. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P and its reliability. *Eur Psychiatry*. 1997;12:232-241.
- Simon R. *Psicologia clínica preventiva: Novos fundamentos*. São Paulo: Vetor, 1983.
- Smith WG, English VI. Mental illness and values in a college population. *J. Nerv. Ment. Dis.* 1964; 138:156-162.
- Stemliuk VA, Barroso LP, Andrade AG, Nicastrí S, Malbergier A. Comparative study of drug use among undergraduate students at the University of São Paulo - São Paulo campus in 1996 and 2001. *Rev Bras Psiquiatr.* 2005;27(3):185-93.
- Wagner GA, Stemliuk VA, Zilberman ML, Barroso LP, Andrade AG. Uso de álcool e drogas entre estudantes universitários: diferença entre gêneros. *Rev Bras Psiquiatr.* 2007; 29(2).
- Work H. Contemporary youth: Their psychological needs and beliefs. In: Marc Galanter, *Cults and New Religious Movements*, American Psychiatric Press, Washington, 1989.
- Zhang J, Fraser S, Lindsay J, Clarke K e Mao Y. Padrões etários de fatores relacionados a acidentes de tráfego fatais: Enfoque sobre motoristas jovens e idosos. *Revista ABRAMET.* 2000; 35:42-47.

8- ANEXOS

ANEXO 1- Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP/UNICAMP)



FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

☒ Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP

☎ (0_19) 3788-8936

FAX (0_19) 3788-8925

🌐 www.fcm.unicamp.br/pesquisa/etica/index.html

✉ cep@fcm.unicamp.br

CEP, 17/08/04.

(Grupo III)

PARECER PROJETO: N° 331/2004

I-IDENTIFICAÇÃO:

PROJETO: “ESTUDANTE DA UNICAMP: PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO, SAÚDE MENTAL, QUALIDADE DE VIDA E IDENTIDADE PSICOSSOCIAL”

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Marly Coelho Carvalho Neves

INSTITUIÇÃO: Serviço de Assistência Psicológica e Psiquiátrico ao estudante -SAPPE/ Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria-FCM

APRESENTAÇÃO AO CEP: 05/07/2004

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 17/08/05

II - OBJETIVOS

Proceder a um estudo de caracterização da população de alunos da UNICAMP, mapeando o perfil sócio-demográfico relacionados à área da saúde mental e qualidade de vida, numa amostra representativa de estudantes de graduação. Identificar como a situação sócio-demográfica, cultural, lazer, situação estudantil, comportamento sexual, religiosidade, uso de substâncias psicoativas, entre outros aspectos, se relacionam à identidade psicossocial e situação de saúde geral destes estudante.

III - SUMÁRIO

Amostra será cerca de 2500 alunos de graduação, regulamente matriculados no Campus Barão Geraldo de Campinas, provenientes das áreas de ciências exatas, artes, humanas, saúde e biológicas, pertencentes aos períodos diurno, noturno e integral. não haverá restrições quanto ao semestre cursado pelo estudante, nem tão pouco quanto ao ano letivo. não serão entrevistados alunos que não forem regularmente matriculados. As amostras serão previamente definidas através de um sorteio, que garantirá a representatividade de cada uma das áreas citadas. Serão então sorteados, dentro de cada área, cursos e turmas, que participarão da pesquisa; Estudantes de ambos os sexos; Estudantes presentes em sala de aula no dia da aplicação dos questionários; compreender plenamente e concordar livremente com o TCLE. Será aplicado um questionário elaborado pelos pesquisadores incluindo: questionário WHOQOL, instrumento desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS); AUDIT- The Alcohol Use Disorder Identification Test; MINI- Mini International neuropsychiatric Interview; Questionário sócio-demográfico.

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

O estudo está adequado e bem estruturado. Não riscos de aos sujeitos da pesquisa. O

TCLE está adequado, exceto que não tem o nome completo da pesquisadora.
Recomendação: incluir no TCLE o nome completo da pesquisadora

V - PARECER DO CEP

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, após acatar os pareceres dos membros-relatores previamente designados para o presente caso e atendendo todos os dispositivos das Resoluções 196/96 e complementares, bem como ter aprovado o Termo do Consentimento Livre e Esclarecido, assim como todos os anexos incluídos na Pesquisa, resolve aprovar sem restrições o Protocolo de Pesquisa supracitado.

O conteúdo e as conclusões aqui apresentados são de responsabilidade exclusiva do CEP/FCM/UNICAMP e não representam a opinião da Universidade Estadual de Campinas nem a comprometem.

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (Res. CNS 196/96 – Item IV.1.f) e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (Item IV.2.d).

Pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou (Res. CNS Item III.1.z), exceto quando perceber risco ou dano não previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade do regime oferecido a um dos grupos de pesquisa (Item V.3.).

O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas. Em caso de projeto do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial (Res. 251/97, Item III.2.e)

Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, de acordo com os prazos estabelecidos na Resolução CNS-MS 196/96.

VII - DATA DA REUNIÃO

Homologado na VIII Reunião Ordinária do CEP/FCM, em 17 de agosto de 2004.


Prof. Dra. Carmen Silyia Bertuzzo
PRESIDENTE DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
FCM / UNICAMP

ANEXO 2- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Será devolvido aos entrevistadores e guardado **separadamente** do questionário)

Eu, _____ abaixo assinado, fui convidado (a) a participar voluntariamente da pesquisa que está sendo realizada com os estudantes de graduação da UNICAMP, *campi* Barão Geraldo/Campinas e CESET/Limeira.

Fui informado (a) que este estudo tem como objetivo identificar a qualidade de vida, saúde mental, perfil sócio-demográfico e identidade psicossocial dos estudantes de graduação da UNICAMP, para que atividades de prevenção, promoção de saúde e eventualmente tratamento, sejam melhor adaptadas às necessidades dos estudantes.

Também fui informado (a) que este questionário é **totalmente anônimo**, ou seja, meu nome não constará em qualquer parte do questionário, e, portanto, ninguém poderá saber que este questionário foi respondido por mim. Responder ou não responder este questionário não trará qualquer prejuízo à minha vida estudantil na UNICAMP. Minha família, meus amigos, colegas de faculdade, meus professores, ou qualquer pessoa de dentro ou de fora da UNICAMP, não ficarão sabendo de nada relacionado a mim e sobre o que respondi neste questionário.

Tendo lido as informações dadas sobre a pesquisa, tendo tido a oportunidade de fazer perguntas esclarecedoras (se for o caso), **ACEITO PARTICIPAR DESTA PESQUISA.**

Campinas, ___ de _____ de 200 ___

Assinatura do Participante

RG:

Nome:

Assinatura do Pesquisador

Marly Coelho Carvalho Neves

RG: 37.316.825-1 - SSP/SP

Tel: (19) 3788-6644

E-mail: nevesmarly@hotmail.com

Tel. Comitê de Ética: 3788-8936

ANEXO 3- Regras de aplicação do questionário

REGRAS DE APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

1. O que os aplicadores deverão levar em mãos para a coleta de dados: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); Envelope para a coleta do TCLE; Questionários de aplicação; Envelope para a coleta dos Questionários; Relatório de aplicação de bordo.
2. É muito importante aplicar os questionários nas classes previamente indicadas, não podendo trocar uma classe por outra.
3. Aguardar a retirada do professor da sala antes de iniciar a aplicação.
4. Apresentar-se aos estudantes como pesquisadores de um projeto da FCM/UNICAMP e explicar o objetivo da pesquisa.
5. Deixar bem claro que o sigilo da resposta é assegurado através da não identificação do estudante no questionário.
6. Deixar claro que os dados **não serão fornecidos** para a Faculdade, corpo docente, família e amigos, servindo apenas para um estudo.
7. Dizer que a assinatura (rubrica) no ‘Termo de Consentimento Livre e Esclarecido’ (TCLE), não tem nenhuma relação com o questionário, ou seja, o questionário a ser respondido pelo estudante não será identificado pela assinatura no TCLE.
8. Informar que o TCLE e o questionário serão devolvidos em envelopes diferentes e colocados em sacolas diferentes para que nenhum estudante seja identificado.
9. Informar que o preenchimento do questionário é voluntário e não obrigatório. Porém, cabe ao aplicador proceder de maneira empática e convidativa, para que, se possível, todos os presentes na sala participem da pesquisa.
10. Solicitar o afastamento das carteiras, uma vez que o questionário deve ser respondido sozinho, pois é pessoal, anônimo e íntimo.
11. Avisar que qualquer dúvida no preenchimento deverá ser solucionada pelo aplicador, mediante solicitação do estudante.
12. Distribuir os questionários e esclarecer as dúvidas.

13. Para aqueles que não concordarem em responder ao questionário, solicitar que o estudante diga a idade e fazer o registro da idade e do sexo no 'relatório de bordo'.
14. Cada estudante deverá colocar o TCLE no envelope específico do TCLE, na ordem que desejar. Estar atento para que todos devolvam o TCLE.
15. Quando o estudante terminar o preenchimento do questionário deverá devolvê-lo no envelope específico do questionário, na ordem que desejar. Estar atento para que todos devolvam o questionário.
16. Lacrar cada envelope para impedir que se misturem questionários de salas diferentes, inserindo o 'relatório de bordo' dentro do envelope.
17. Agradecer aos estudantes a colaboração na pesquisa.

Outras observações importantes:

1. Procurar não transparecer uma posição contra ou a favor a respeito de qualquer pergunta do questionário.
2. Lembrar que este é um projeto de levantamento de dados, e, portanto, informações sobre as perguntas não deverão ser fornecidas para não enviesar os dados.
3. Possíveis estudantes agressivos devem ser tratados com neutralidade, ressaltando que não é obrigatória a participação na pesquisa.

ANEXO 4- Relatório de aplicação de bordo

RELATÓRIO DE APLICAÇÃO DE BORDO

Data da aplicação: ___/___/200__	Dia da semana:	NO. APLICAÇÃO:
Aplicador(es):		Hora da aplicação:
Curso:	Disciplina:	Classe/Turma/Ano:
Período: () manhã () tarde () noturno		
Professor responsável:		
Coordenador do curso:		

Estar com a lista do número de estudantes que freqüentam a disciplina obrigatória, e proceder da seguinte forma:

1. Verificar o número de estudantes regulares inscritos na disciplina: _____ (o estudante ouvinte não deverá participar da pesquisa)
2. Contar o número de estudantes presentes em sala de aula: _____ (suspender a aplicação se a classe não estiver representada por 60% dos estudantes no momento da aplicação)
3. Anotar o número de estudantes faltosos: _____
4. Anotar quantos estudantes responderam ao questionário: _____
5. Anotar quantos estudantes entregaram o TCLE assinado: _____
6. Anotar quantos estudantes recusaram em responder ao questionário: _____
7. Dos estudantes que recusaram em responder ao questionário, anotar:
 1. Qual a idade: _____
 2. Qual o sexo: () F () M
8. Pedir que relatem os principais motivos que os levaram a não responder ao questionário.
9. Relatar imprevistos e ocorrências dignos de nota, em relação aos seguintes aspectos:
 - Receptividade ou crítica do professor:
 - Receptividade ou crítica dos estudantes em relação à pesquisa:
 - Outros:

ANEXO 5- Divisão da amostra pela Diretoria Acadêmica (DAC/UNICAMP)

Dados para a pesquisa da Marly			
Questionários a serem aplicados	2500		2770
Excluir:			
FOP			
CESET			
Cursos Noturnos			
	Total área	% do total	% de 2500
Exatas e Tecnológicas	7745	53	1323
Humanas e Artes	4519	31	772
Biológicas e Prof. de Saúde	2376	16	406
Total Geral	14640	100	2500
Biológicas e Prof. de Saúde			
Questionários a serem aplicados			406
Ciências Biológicas (AJ)			
- 2º	BE480A	24	
- 3º	BF682D	9	
- 4º	BT681A	52	
Medicina			
- 2º	BS410E	13	
- 3º	MD640A	29	
- 4º	MD870A	104	
Enfermagem			
- 2º	EN430C	6	
- 3º	EN670A	20	
- 4º	EN870B	7	
Educação Física			
- 2º	MH103A	37	
- 3º	MH609A	20	
- 4º	MH802A	24	
Fonoaudiologia			
- 2º	FN400A	24	
- 3º	FN606C	8	
- 4º	FN800A	7	
Farmácia			
- 2º	FR415A	37	
		421	
Exatas e Tecnológicas			
Questionários a serem aplicados			1323
53 - Geologia			
2º	GE401A	18	
3º	GE117A	6	
4º	GE705A	12	
54 - Geografia			

2º	GF401A	20	
3º	GF605A	19	
4º	GF802A	21	
08 - Engenharia Agrícola			
- 2º	FA481A	32	
- 3º	FA671A	24	
- 4º	FA072A	27	
09 - Engenharia Química			
- 2º	EQ481A	34	
- 3º	EQ614A	29	
- 4º	EQ817A	27	
10 - Engenharia Mecânica			
- 2º	EM404A	51	
- 3º	EM641A	77	
- 4º	EM836A	49	
11 - Engenharia Elétrica			
- 2º	EE300A	66	
- 3º	EE754A	49	
- 4º	EA044A	44	
12 - Engenharia Civil			
- 2º	EC310A	72	
- 3º	EC601A	68	
- 4º	EC802A	29	
13 - Engenharia de Alimentos			
- 2º	TA431A	61	
- 3º	QA213A	72	
- 4º	TA834A	34	
34 - Engenharia de Computação			
- 2º	MC348A	50	
- 3º	MC722A	60	
- 4º	MC704A	68	
02 - Estatística			
- 2º	ME430A	31	
- 3º	ME607A	67	
- 4º			
04 - Física			
- 2º	F 428G	65	Pode ocorrer repetições
- 3º	F 620A	30	
- 4º	F 887C	21	
28 - Matemática Aplicada e Computacional			
- 2º	MS512B	36	
- 3º	MS519A	15	
- 4º	MS710A	6	
05 - Química			
- 2º	QF431A	69	
- 3º	QI545A	29	
- 4º	QG661A	59	
		1547	
Humanas e Artes			
Questionários a serem aplicados			772

26 - Artes Cênicas		
- 2º	AC410A	22
- 3º	AC021A	12
- 4º	AC821A	4
23 - Dança		
- 2º	AD320A	23
- 3º	AD823A	24
- 4º	AD804A	27
25 - Educação Artística		
- 2º	AP403A	25
- 3º	AP620A	28
- 4º		0 Somente eletivas
64 - Comunicação Social - Midialogia		
- 2º	CS401A	27
- 3º		0 Não Existe
- 4º		0 Não Existe
22 - Música		
- 2º	MU246A	39
- 3º	MU214A	27
- 4º	MU671A	9
17 - Ciências Econômicas		
- 2º	CE313A	43
- 3º	CE631A	39
- 4º	CE913A	15
16 - Ciências Sociais		
- 2º	HZ352A	55
- 3º	HG022A	57
- 4º		0 Somente eletivas
30 - Filosofia		
- 2º	HG401A	37
- 3º		0 Somente eletivas
- 4º		0 Somente eletivas
19 - História		
- 2º	HH481A	44
- 3º	HH682A	33
- 4º		0 Somente eletivas
07 - Letras		
- 2º	TL410A	36
- 3º	LA704A	26
- 4º		0 Curso de 7 semestres
18 - Linguística		
- 2º	HL225A	16
- 3º	HL631A	20
- 4º		0 Somente eletivas
20 - Pedagogia		
- 2º	EP153A	38
- 3º	EP151A	41
- 4º	EP143A	35
		802

PESQUISA SOBRE:

ESTUDANTE DA UNICAMP:

RESPONSÁVEIS

Marly Coelho Carvalho Neves (SAPPE)

Cláudio Eduardo Muller Banzatto (SAPPE)

Paulo Dalgarrondo(DPMP/FCM)

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA E PSIQUIATRIA
(FCM/UNICAMP)**

**SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA E PSIQUIÁTRICA AO ESTUDANTE
(SAPPE/PRG/UNICAMP)**

PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO

QUALIDADE DE VIDA

SAÚDE MENTAL E

IDENTIDADE PSICOSSOCIAL

ESTUDANTE DA UNICAMP:

**PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO, QUALIDADE DE VIDA,
SAÚDE MENTAL E IDENTIDADE PSICOSSOCIAL**

Responsáveis: **Marly Coelho Carvalho Neves (SAPPE)**
Cláudio Eduardo Muller Banzatto (SAPPE)
Paulo Dalgalarondo (DMP/FCM)

**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA MÉDICA E PSIQUIATRIA
(FCM/UNICAMP)**

**SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA E PSIQUIÁTRICA AO ESTUDANTE
(SAPPE/PRG/UNICAMP)**

Apoio: **Pró-Reitoria de Graduação (PRG)**
Pró-Reitoria de Desenvolvimento Universitário (PRDU)



INSTRUÇÕES PARA O ENTREVISTADO

- A seguir você encontrará questões a respeito de si, de sua qualidade de vida, de sua subjetividade e de sua saúde.
- Este questionário é estritamente anônimo. Por favor, não escreva nele seu nome, RA, RG ou qualquer dado pessoal que identifique a sua pessoa.
- Por favor, leia as perguntas com atenção e responda da forma mais sincera possível.
- Preste atenção: não há respostas certas ou erradas; há apenas respostas que indicam o que você pensa, acredita, faz ou é.
- Tente não demorar muito em uma só questão. Favor marcar com um "X" no espaço ao lado da resposta que você escolher.
- De modo geral (com poucas exceções) dê apenas uma resposta para cada questão.
- Leia com atenção o Consentimento LIVRE e ESCLARECIDO e se concordar assine-o (em caso de dúvidas sobre ele, pergunte ao entrevistador).
- No caso de você ter dúvidas sobre alguma questão, por favor, pergunte ao entrevistador.
- Agradecemos sua participação nesta pesquisa e, se você não tem nenhuma questão até aqui, por favor, inicie a entrevista.

Data da entrevista ___/___/200__



I. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

1.1. **Sexo:** 1. Feminino 2. Masculino

1.2. **Idade:** _____ anos 1.2a. **Quantos irmãos você tem?** _____

1.3. **Nacionalidade:** 1. Brasileira(o) 2. Outra. (Qual: _____)

1.4. **Estado civil atual:**

1. Solteira(o)
2. Casada(o) legalmente
3. Morando com parceira(o) no mínimo há 3 meses.
4. Viúva(o),
5. Separada(o) ou divorciado(a).

SOBRE AS CONDIÇÕES DE MORADIA:

1.5. **Onde você mora durante a semana:**

Campinas (bairro: _____)

Outra cidade (qual: _____)

1.6. **Estado civil e de vida atual de seus Pais:**

1. Casados (ou vivem juntos ou oficialmente casados)
2. Solteiros
3. Casados, mas não entre si.
4. Viúva(o), (pai falecido; mãe falecida)
5. Separada(o) ou divorciado(a).
6. Pai e mãe falecidos
7. Mãe solteira

1.7. **Onde moram os seus pais:**

Pai

1. Campinas
2. Outra cidade do Estado de São Paulo (qual: _____)
3. Outro Estado: (qual: _____)

Mãe

1. Campinas
2. Outra cidade do Estado de São Paulo (qual: _____)
3. Outro Estado: (qual: _____)

1.8. **Com quem você vive atualmente.** (Caso você tenha “duas residências”, uma durante a semana e outra nos fins de semana, responda para sua residência durante a semana – casa pessoal):

1. Mora com os pais
2. Mora com amigos (em república) (quantas pessoas incluindo você moram lá: ____)
3. Mora sozinho(a).
4. Mora na moradia estudantil da UNICAMP (quantas pessoas incluindo você moram lá: ____)
5. Mora com parceiro/parceira sem filho(s)
6. Mora com parceiro/parceira e filho(s) (quantos filhos: _____)

-
7. Mora com outros: parentes/amigos (quem: _____)
8. Outros, especificar: _____

1.9. Em relação ao seu quarto de dormir (casa pessoal, durante a semana), você:

1. Dorme sozinha(o) no quarto
2. Divide o quarto com outra(s) pessoa(s). (Quantas: _____)

1.10. Em sua casa você conta com um local adequado para estudo (por exemplo: relativamente calmo, silencioso, com cadeira e escrivaninha)?

1. Sim
2. Não. Por quê? _____

1.11. Em relação as suas condições de moradia durante a semana (casa pessoal), e objetos pessoais que possui, você tem:

- | | NÃO | SIM |
|--|--------------------------|---|
| 1. Telefone em sua casa (pessoal) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Telefone celular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Computador em sua casa pessoal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> quantos: _____ |
| 4. Internet em sua casa pessoal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Carro (automóvel) pessoal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> quantos: _____ |
| 6. Carro (automóvel) da família | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> quantos: _____ |
| 7. Empregada doméstica (casa pessoal) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> quantas: _____ |
| 8. Empregada doméstica (casa da família) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> quantas: _____ |

1.12. Qual é o nível mais alto de escolaridade que seu pai completou?

1. Nenhum (inclui, analfabeto e os que não completaram até a 4ª. série)
2. Educação primária (completou a 4ª. série)
3. Educação secundária (completou a 8ª. série)
4. Segundo grau ou instrução técnica completos
5. Educação universitária completa
6. Pós-graduação (Mestrado ____; Doutorado ____)
7. Outros, especificar: _____

1.13. Qual é o nível mais alto de escolaridade que sua mãe completou?

1. Nenhum (inclui, analfabeto e os que não completaram até a 4ª. série)
2. Educação primária (completou a 4ª. série)
3. Educação secundária (completou a 8ª. série)
4. Segundo grau ou instrução técnica completos
5. Educação universitária completa
6. Pós-graduação (Mestrado ____; Doutorado ____)
7. Outros, especificar: _____

1.14. De modo geral, você se sente apoiado e compreendido por seus pais? (A pergunta é também válida para quem tem apenas um dos pais).

1. Não (não me sinto apoiado e compreendido por meus pais)
2. Sim, em parte (sinto-me apenas parcialmente apoiado e compreendido por meus pais)
3. Sim (sinto-me apoiado e compreendido por meus pais)



4. Sim, muito (sinto-me muito apoiado e compreendido por meus pais)
5. Outra possibilidade (explicar: _____)

SOBRE A SITUAÇÃO ESTUDANTIL:

1.15. Você estudou o Primeiro grau em:

1. Escola pública
2. Escola particular
3. Predominantemente em escola pública
4. Predominantemente em escola particular
5. Parte em escola pública e parte em escola particular.

1.16. Você estudou o Segundo grau em:

1. Escola pública
2. Escola particular
3. Predominantemente em escola pública
4. Predominantemente em escola particular
5. Parte em escola pública e parte em escola particular.

1.17. **Há quanto tempo estuda na UNICAMP?** _____ anos; e _____ meses
ano em que entrou na UNICAMP: _____

1.18. **Qual o curso que você está cursando aqui na UNICAMP:** _____

1.19. **Em seu curso aqui na UNICAMP, você está em que ano?** _____ ano
em que semestre? _____ semestre

1.20. **Aqui na UNICAMP, o seu curso é?** Diurno Noturno

1.21. **Aqui na UNICAMP, você entrou no curso desejado?**

- Sim
- Não (Por quê? _____)

1.22. **Está satisfeita(o) com o curso que está fazendo?**

1. Sim (Por quê? _____)
2. Não (Por quê? _____)

1.23. **Você já fez (outro) curso superior?**

1. Não
2. Sim (Concluiu? Sim Não). Qual? _____

1.24. **Você já perdeu um (ou mais de um) semestre em seu curso na UNICAMP?**

1. Não
2. Sim. Quantos semestres perdeu? _____
Por qual motivo principal? _____

1.25. **O seu “coeficiente de rendimento” (CRs) situa-se entre:**

1. igual ou maior que 0,81



-
2. 0,71 – 0,80
 3. 0,61 – 0,70
 4. 0,51 – 0,60
 5. igual ou menor que 0,50
 6. Não tenho idéia

1.26. Além de estudar, você trabalha?

1. Não
2. Sim

Qual o seu trabalho? _____

Quantas horas, em média, por semana? _____

1.27. Qual o motivo pelo qual trabalha? Descreva: _____

1.28. Desenvolve pesquisa?

1. Não
2. Sim. (Ganha bolsa? Não Sim. Valor: R\$ _____)

1.29. De modo geral, como você se sente sendo um(a) estudante da UNICAMP (auto-estima, realização pessoal, orgulho etc.)?

1. Me sinto bem e realizada(o). (Descreva: _____)
2. Indiferente.
3. Me sinto mal. (Por qual motivo? _____)

1.30. Em caso de já ter tido alguma dificuldade pessoal ou estudantil na UNICAMP, você procurou e encontrou no âmbito da própria UNICAMP alguma instância, grupo ou iniciativa de apoio para tal dificuldade?

1. Não necessitei, nem procurei.
2. Necessitei e não procurei (qual necessidade: _____)
3. Necessitei e encontrei (qual necessidade: _____
(qual ajuda: _____)
4. Necessitei, procurei, mas não encontrei. (Descreva: _____)

1.31. Como você vê o seu relacionamento com os seus amigos (as)?

1. Bom
2. Regular e gostaria que fosse melhor
3. Regular e não faço questão que seja melhor
2. Ruim e gostaria que fosse melhor
3. Ruim e não faço questão que seja melhor

(Comente, se quiser: _____)

1.32. Seus amigos (as) são, na maior parte:

1. De fora da Unicamp
2. Da Unicamp

1.33. Você tem alguém dentro da UNICAMP com quem possa contar para ajudar a lidar com seus problemas pessoais?

1. Não
2. Sim. (Amigo(a) Namorado(a) Outro. Especificar: _____)

II. QUALIDADE DE VIDA

	Muito ruim	ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1 – Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

	Muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2 - Quão satisfeito(a) você está com sua saúde?	1	2	3	4	5

AS QUESTÕES SEGUINTE SÃO SOBRE **O QUANTO** VOCÊ TEM SENTIDO ALGUMAS COISAS NAS **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**:

	nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extrema- mente
3 - Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4 - O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 - O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6 - Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 - O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8 - Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9 - Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

AS QUESTÕES SEGUINTE PERGUNTAM SOBRE **QUÃO COMPLETAMENTE** VOCÊ TEM SENTIDO OU É CAPAZ DE FAZER CERTAS COISAS NESTAS **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**:

	nada	muito pouco	médio	muito	completa-mente
10 - Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
11 - Você é capaz de aceitar sua aparência física?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
12 - Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
13 - Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
14 - Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

AS QUESTÕES SEGUINTE PERGUNTAM SOBRE **QUÃO BEM OU SATISFEITO** VOCÊ SE SENTIU A RESPEITO DE VÁRIOS ASPECTOS DE SUA VIDA NAS **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**:

	muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15 - Quão bem você é capaz de se locomover?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

	nada	muito pouco	médio	muito	completa-mente
16 - Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
17 - Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
18 - Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o estudo e (se for o caso) para o trabalho?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
19 - Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
20 - Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

21 - Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
22 - Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
23 - Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
24 - Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>
25 - Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>

AS QUESTÕES SEGUINTE REFEREM-SE **COM QUE FREQUÊNCIA** VOCÊ SENTIU OU EXPERIMENTOU CERTAS COISAS NAS **ÚLTIMAS DUAS SEMANAS**:

	Nunca	algumas vezes	freqüente mente	muito freqüentemente	sempre
26 – Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="2"/>	<input type="text" value="3"/>	<input type="text" value="4"/>	<input type="text" value="5"/>





III. IDENTIDADE PESSOAL E SOCIAL

SOBRE ETNIA:

3.1. Em relação ao seu grupo étnico de origem, cor da pele ou sua raça como você se situa:

1. Branca(o)
2. Parda(o)
3. Negra(o)
4. Oriental (de qual nacionalidade: _____)
5. Árabe
6. Judeu
7. Outra (qual: _____)

3.2. De modo geral, por algum motivo qualquer (aparência física, status econômico, cor da pele ou raça, grupo étnico, ser obeso, vestuário, posições políticas, religião, orientação sexual, idade, sexo, etc), você já sentiu que foi discriminada(o):

1. Nunca
2. Poucas vezes na vida
3. Algumas vezes na vida
4. Frequentemente

Em caso positivo (respostas 2, 3 ou 4) por qual motivo foi ou sentiu-se discriminado?

1. Aparência física
2. Status sócio-econômico
3. Posições políticas
4. Rendimento estudantil
5. Roupas, vestuários ou adornos corporais
6. Religião
7. Grupo étnico
8. Outros. Qual: _____
(Descreva: _____)

3.3. Em relação à sua *identidade*, cite três aspectos que você acha que caracterizam sua pessoa (e a que “grupos” sociais você pertence). Pense em sua identidade em termos de “ser” por exemplo: *sou jovem/adulto; mulher/homem; alternativo/convencional; religioso/cético; branco/negro/pardo; politicamente conservador/contestador; tipo de roupa (formal/informal); tipo de cabelo; tipo de objeto que usa.*

Portanto, eu diria que o que mais me caracteriza hoje é:

1. _____
2. _____
3. _____

PERGUNTAS COMPLEMENTARES I:

3.4. Caso você seja de origem (grupo étnico ou raça) **ORIENTAL**, você poderia responder:

(Se **NÃO** for, salte para o item seguinte “PERGUNTAS COMPLEMENTARES II”):

1. **Qual o seu grupo étnico de origem:**

1. Japonês; 2. Chinês; 3. Coreano; 4. Outro (qual: _____).

2. **Em relação à língua de seu grupo étnico, você: (pode colocar mais de uma alternativa).**

1. Não fala, nem entende; 2. Entende; 3. Fala; 4. Lê; 5. Escreve

3. **Em relação a costumes, hábitos e festas orientais (sua ou de seus antepassados) você:**

1. Não participa, nem se interessa; 2. Se interessa (leituras, conversas, etc);

3. Participa; 4. Segue assiduamente. (Que tipo de eventos ou costumes você participa): _____

4. **Em relação à religiosidade oriental (sua ou de seus antepassados) você:**

1. Não participa, nem se interessa; 2. Se interessa (leituras, conversas, etc);

3. Participa; 4. Segue assiduamente essa religião. (Qual é essa religião ou religiosidade): _____

5. **Em relação a valores desse grupo como: relação com os pais e família, aceitação de normas e hierarquias, obediência aos mais velhos e à tradição, etc, você:**

1. Não compartilha, nem segue os valores desse grupo; 2. Compartilha e segue apenas parcialmente; 3. Compartilha e segue de modo geral; 4. Segue assiduamente e pensa que devem ser mantidos nas gerações seguintes. (Cite, se possível, algum desses valores): _____

6. **Seus amigos mais próximos são:**

Também de origem oriental; 2. Na maior parte pessoas que não são de origem oriental; 3. É mesclado (parte de origem oriental, parte de outras origens).

7. **Se você namora (ou quiser namorar) você prefere:**

1. Uma pessoa também de origem oriental; 2. Uma pessoa que não seja de origem oriental; 3. Neste ponto não tenho preferência, é indiferente para mim.

8. **Se possível, faça comentários sobre sua identidade relacionada a sua origem étnica:** _____

9. **Se for o caso, (se possível), faça comentários sobre ter sido ou se sentido discriminado por ser dessa origem étnica:** _____

PERGUNTAS COMPLEMENTARES II:

3.5. Caso você seja de origem (grupo étnico) NEGRA(O) ou PARDA(O), você poderia responder:

(Se NÃO for, salte para o item seguinte “RELIGIÃO E VIDA RELIGIOSA”):

1. Em relação a grupos negros ou afros, relacionados à cultura negra, à luta contra a discriminação e desigualdade, você:

1. Não participa, nem se interessa; 2. Se interessa (leituras, conversas, etc);
3. Participa ativamente. Descreva: _____

2. Seus amigos mais próximos são:

1. Pessoas que também são negras(os) ou pardas(os); 2. Na maior parte pessoas que não são negras(os) ou pardas(os); 3. É mesclado, parte negras(os) ou pardas(os), parte não.

3. Se você namora (ou quiser namorar) você prefere:

1. Uma pessoa também negra ou parda; 2. Uma pessoa que não seja negra ou parda; 3. Neste ponto não tenho preferência, é indiferente para mim.

4. Se possível, faça comentários sobre sua identidade relacionada a ser negra(o) ou parda(o): _____

5. Se for o caso, (se possível), faça comentários sobre ter sido ou se sentido discriminado por ser negra(o) ou parda(o): _____

6. Você percebe ou sente aspectos de racismo no meio social atual? Descreva:

7. Fala-se que no Brasil o preconceito ou discriminação racial seria na verdade um preconceito de classe, ou seja, discrimina-se o negro por ele ser pobre, e se ele não for pobre, a discriminação diminui. O que você pensa disso?

SOBRE RELIGIÃO E VIDA RELIGIOSA:

3.6. Você tem religião?

1. Não
2. Sim

Qual, especificar: _____

3.7. Você freqüenta a Igreja (cultos, missas, etc)?

1. Não freqüento. **(Se não freqüenta, vá para a questão número 3.10.)**
2. Freqüento de 1 a 3 vezes por ano
3. Freqüento de 4 a 10 vezes por ano
4. Freqüento pelo menos 1 vez por mês
5. Freqüento várias vezes no mês (quantas vezes por mês, em média): _____
6. Não tenho religião

3.8. Qual é o nome da Igreja que você freqüenta? _____

3.9. Você poderia dar um motivo por ter abraçado essa religião (ou ter permanecido nela, caso tenha nascido em família que já era dessa religião)?

3.10. Você ora ou reza?

1. Não, nunca rezo ou oro.
2. Sim, às vezes (com que freqüência: ____ vezes por ano)
3. Freqüentemente (com que freqüência: ____ vezes por mês; ____ vezes por dia)

3.11. Quando você tem problemas ou dificuldades na vida você pode contar com a ajuda dos membros de sua Igreja (ou religião)?

1. Sempre, me ajudam muito.
2. Quase sempre, me ajudam quando preciso.
3. Às vezes, quando preciso eventualmente me ajudam.
4. Raramente, não posso contar muito com a ajuda deles.
5. Nunca posso contar com a ajuda deles.
6. Nunca procurei ajuda dos membros da igreja.
7. Não tenho religião.

3.12. Em relação a sua fé pessoal e relação com Deus, como você se situa:

1. Tenho muita fé, e penso ou consulto a Deus para quase tudo em minha vida.
2. Tenho fé e penso ou consulto a Deus para muitas coisas na minha vida.
3. Tenho pouca fé e raramente penso ou consulto a Deus para coisas de minha vida.
4. Não tenho fé e nunca penso ou consulto a Deus para coisas de minha vida.

3.13. Em relação a sua educação religiosa durante a infância, como você se situa:

1. Foi **muito religiosa**, com participação assídua a cultos ou missas, festas (ou eventos) religiosas, aulas ou palestras, orar em casa, orar antes das refeições, meus pais falavam sobre religião.
2. Foi **religiosa**, com participação a cultos ou missas, a algumas festas (ou eventos) religiosas, aulas ou palestras, em algumas vezes se orava em casa, meus pais eram religiosos.

3. Foi **pouco religiosa**, com pouca participação a cultos ou missas, festas (ou eventos) religiosas, raramente tive aulas ou palestras, e raramente ou nunca se orava em casa, meus pais raramente falavam sobre religião.

4. Foi **sem nenhuma educação religiosa**, sem participação a cultos ou missas, sem festas (ou eventos) religiosas, raramente ou nunca tive aulas ou palestras, e raramente ou nunca se orava em casa, meus pais raramente ou nunca falavam sobre religião.

3.14. Depois que você entrou na UNICAMP, a sua vida religiosa (ou busca de um grupo religioso):

1. Iniciou. Descreva: _____

2. Tornou-se menos intensa. Motivo: _____

3. Tornou-se mais intensa. Motivo: _____

4. Não mudou em nada.

5. Não tenho vida religiosa.

3.15. Ser membro de sua religião é importante para a sua identidade pessoal e social?

1. Não. Comente: _____

2. Sim. Comente: _____

3. Não tenho religião.

3.16. Você já foi ou se sentiu discriminado por ser membro de sua religião?

1. Não

2. Sim. Comente: _____

3. Não tenho religião.

IV. SAÚDE FÍSICA E SAÚDE MENTAL (Tratamento psicológico e/ou psiquiátrico)

4.1. **Você tem (ou teve) alguma doença ou problema de saúde significativo?**

1. Não, nenhum
2. Sim. Qual: _____

4.2. **Relate o seu peso:** _____ kg
altura: _____

4.3. **Você já teve contato com algum serviço de saúde mental para tratamento psicológico e/ou psiquiátrico?**

1. Não
2. Sim. Qual: _____; Quando: _____

4.4. **Você já procurou na UNICAMP, algum dos serviços abaixo relacionados, de assistência psicológica e/ou psiquiátrica ao estudante?**

1. Não
2. Sim. Qual? (pode relacionar mais de um): SAPPE; GRAPEME;
 CECOM; HC

2.1. Quando: _____

2.2. Por qual motivo? _____

4.5. **Descreva como foi o atendimento:**

1. Bom Comente: _____
2. Regular. Comente: _____
3. Ruim. Comente: _____
4. Não procurei

4.6. **Alguém da família teve ou tem problemas de saúde mental?**

1. Não
2. Sim. Quem e que tipo de problema: _____
3. Desconheço

4.7. **Alguém da família teve ou tem problemas com uso de álcool ou outras drogas?**

1. Não
2. Sim. Quem e que tipo de problema: _____
3. Desconheço



V. SOBRE A SAÚDE MENTAL

ITEM 1:

1. Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
2. Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM

Caso você tenha respondido algum SIM em PELO MENOS UMA das questões acima (1,2), favor responder as questões abaixo. Caso CONTRÁRIO, vá para o ITEM 2:

Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a)/sem interesse pela maioria das coisas:		
O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado? (variação de \pm 5% ao longo do mês, isto é, \pm 3,5 Kg, para uma pessoa de 65 Kg).	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a)?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM

ITEM 2:

3. Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
--	------------------------------	------------------------------

Caso você tenha respondido SIM na questão 3 acima, favor responder as questões abaixo. Caso contrário, vá para o ITEM 3:

	O seu apetite mudou de forma significativa?	NÃO	SIM
	Tem problemas de sono ou dorme demais?	NÃO	SIM
	Sente-se cansado ou sem energia?	NÃO	SIM
	Perdeu a auto-confiança?	NÃO	SIM
	Tem dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões?	NÃO	SIM
	Sente-se sem esperança?	NÃO	SIM

ITEM 3:

4. Alguma vez teve um período em que se sentia tão eufórico(a) ou cheio(a) de energia que isso lhe causou problemas, ou em que as pessoas à sua volta pensaram que não estava no seu estado habitual?	NÃO	SIM
5. Alguma vez teve um período em que, por vários dias, estava tão irritável que insultava as pessoas, gritava ou chegava até a brigar com quem não era de sua família? Você mesmo(a) ou alguém achou que você estava mais irritável ou hiperativo(a), comparado(a) a outras pessoas, mesmo em situações em que isso lhe parecia justificável?	NÃO	SIM

Caso você tenha respondido algum SIM em PELO MENOS UMA das questões acima (4, 5), favor responder as questões abaixo. Caso contrário, vá para o ITEM 4:

Quando se sentiu mais eufórico(a), cheio(a) de energia ou mais irritável:		
Tinha a sensação que podia fazer coisas que os outros seriam incapazes de fazer ou que você era alguém especialmente importante?	NÃO	SIM
Tinha menos necessidade de dormir do que costume (por ex., sentia-se repousado(a) com apenas poucas horas de sono)?	NÃO	SIM
Falava sem parar ou tão rapidamente que as pessoas não conseguiam compreendê-lo(a)?	NÃO	SIM
Os pensamentos corriam tão rapidamente na sua cabeça que não conseguia acompanhá-los?	NÃO	SIM
Distraía-se com tanta facilidade que a menor interrupção o fazia perder o fio daquilo que estava fazendo ou pensando?	NÃO	SIM
Estava tão ativo(a) e agitado(a) que as outras pessoas se preocupavam por sua causa?	NÃO	SIM
Desejava tanto fazer coisas que lhe pareciam agradáveis ou tentadoras que não pensava nos riscos ou nos problemas que isso poderia causar (gastar demais, dirigir de forma imprudente, ter uma atividade sexual pouco habitual para você)?	NÃO	SIM
Esses problemas dos quais acabamos de falar já duraram pelo menos uma semana E lhe causaram dificuldades em casa, no trabalho/na escola ou nas suas relações sociais OU você foi hospitalizado(a) por causa desses problemas?	NÃO	SIM

ITEM 4:

6. Alguma vez teve episódios repetidos durante os quais se sentiu subitamente muito ansioso(a), muito desconfortável ou assustado(a), mesmo em situações em que a maioria das pessoas não se sentiria assim? Estas crises de ansiedade atingiam sua intensidade máxima em menos de 10 minutos?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
--	------------------------------	------------------------------

Caso você tenha respondido SIM na questão 6 acima, favor responder as questões abaixo. Caso contrário, vá para o ITEM 5:

Alguns desses episódios de ansiedade, mesmo há muito tempo, foram imprevisíveis ou ocorreram sem que nada os provocasse/sem motivo?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
Após um ou vários desses episódios, já houve um período de pelo menos um mês durante o qual teve medo de ter outros episódios ou estava preocupado(a) com as suas possíveis conseqüências?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
Durante o episódio em que se sentiu pior:		
Teve palpitações ou o seu coração bateu muito rápido?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
Transpirou ou ficou com as mãos úmidas?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
Teve tremores ou contrações musculares?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
Teve dificuldade para respirar ou sentiu-se abafado(a)?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
Teve a impressão de sufocar ou de ter um nó na garganta?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
Sentiu dor ou aperto ou desconforto no peito?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
Teve náuseas, problemas de estômago ou diarreia repentina?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
Sentiu-se tonto(a), com vertigens ou ao ponto de desmaiar?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
Teve a impressão que as coisas à sua volta eram estranhas ou irreais ou sentiu-se como que desligado(a) do todo ou de uma parte do seu corpo?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
Teve medo de enlouquecer ou de perder o controle?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
Teve medo de morrer?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
Teve dormências ou formigamentos no corpo?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
Teve ondas de frio ou de calor?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
Durante o último mês, teve pelo menos 2 desses episódios de ansiedade, seguidos de um medo constante de ter outro episódio?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM

ITEM 5:

7. Sente-se particularmente ansioso(a) ou desconfortável em lugares ou em situações das quais é difícil ou embaraçoso escapar ou, ainda, em que é difícil ter ajuda como estar numa multidão, esperando numa fila, longe de casa ou sozinho (a) em casa, sobre uma ponte, dentro de um ônibus, de um carro ou de um avião?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
--	------------------------------	------------------------------

Caso você tenha respondido SIM na questão 7 acima, favor responder a questão abaixo. Caso contrário, vá para o ITEM 6:

Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado(a) ao ter que enfrentá-las?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
--	------------------------------	------------------------------

ITEM 6:

8. Durante o último mês, teve medo ou sentiu-se incomodado(a) por estar no centro das atenções, teve medo de ser humilhado(a) em algumas situações sociais; por exemplo, quando devia falar diante de um grupo de pessoas, ou comer com outras pessoas ou em locais públicos, ou escrever quando alguém estava olhando?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
---	------------------------------	------------------------------

Caso você tenha respondido SIM na questão 8 acima, favor responder as questões abaixo. Caso contrário, vá para o ITEM 7:

Acha que esse medo é excessivo ou injustificado?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
Tem tanto medo dessas situações sociais que, na prática, as evita ou sente um intenso mal-estar quando as enfrenta?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
Esse medo causa-lhe um sofrimento importante ou perturba de forma significativa seu trabalho ou suas relações sociais?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM

ITEM 7:

9. Durante o último mês, teve, com freqüência, pensamentos/idéias ou impulsos ou imagens desagradáveis, inapropriados ou angustiantes que voltavam repetidamente à sua mente, mesmo não querendo? (Por exemplo, a idéia de que estava sujo(a) ou que tinha micróbios ou medo de contaminar os outros ou de agredir alguém mesmo contra a sua vontade ou de agir impulsivamente ou medo ou superstição de ser responsável por coisas ruins ou ainda de ser invadido(a) por idéias/ imagens sexuais ou religiosas repetitivas, dúvidas incontroláveis ou uma necessidade de colecionar ou ordenar as coisas?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
10. Durante o último mês, teve, com freqüência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM

Caso você tenha respondido algum SIM em PELO MENOS UMA das questões acima (9, 10), favor responder as questões abaixo. Caso contrário, vá para o ITEM 8:

Tentou, mas não conseguiu resistir a algumas dessas idéias, ignorá-las ou livrar-se delas?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
Acha que essas idéias são produto de seus próprios pensamentos e que não lhe são impostas do exterior?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
Durante o último mês, teve, com frequência, a necessidade de fazer certas coisas sem parar, sem poder impedir-se de fazê-las, como lavar as mãos muitas vezes, contar ou verificar as coisas sem parar, arrumá-las, colecioná-las ou fazer rituais religiosos?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
Pensa que essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos são irracionais, absurdos(as) ou exagerados(as)?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
Essas idéias invasivas e/ou comportamentos repetitivos perturbam de forma significativa seu trabalho, suas atividades cotidianas, suas relações sociais ou tomam mais de uma hora por dia do seu tempo?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM

ITEM 8:

11. Nos últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” durante as quais ingeriu quantidades enormes de alimentos num espaço de tempo limitado, isto é, em menos de 2 horas?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
12. Se SIM na questão precedente: Durante os últimos 3 meses, teve crises de “comer descontroladamente” pelo menos duas vezes por semana?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM

Caso você tenha respondido algum SIM em PELO MENOS UMA das questões acima (11, 12), favor responder as questões abaixo. Caso contrário, vá para o ITEM 9:

Durante essas crises de “comer descontroladamente” tem a impressão de não poder parar de comer ou de não poder limitar a quantidade de alimento que come?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
Para evitar engordar depois das crises de “comer descontroladamente”, faz coisas como provocar o vômito, dietas rigorosas, praticar exercícios físicos importantes, tomar laxantes, diuréticos ou medicamentos para tirar a fome?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
Sua opinião sobre si mesmo(a) ou a sua auto-estima são muito influenciadas pelo seu peso ou pelas suas formas corporais?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM

ITEM 9:

13. Durante os últimos 6 meses, sentiu-se excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a) com relação a vários problemas da vida cotidiana (trabalho/escola, casa, familiares/amigos), ou teve a impressão ou lhe disseram que se preocupava demais com tudo?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
---	------------------------------	------------------------------

Caso você tenha respondido algum SIM na questão 13 acima, favor responder as questões abaixo. Caso contrário, vá para o ITEM 10:

	Tem dificuldade em controlar essas preocupações (essa ansiedade) ou ela(s) o(a) impede(m) de se concentrar no que tem que fazer?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
	Nos últimos seis meses, quando se sentia excessivamente preocupado(a), inquieto(a), ansioso(a), quase todo o tempo:		
	Sentia –se agitado(a), tenso(a), com os nervos à flor da pele?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
	Tinha os músculos tensos?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
	Sentia-se cansado (a), fraco(a) ou facilmente exausto(a)?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
	Tinha dificuldade de se concentrar ou tinha esquecimentos/ “brancos”?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
	Sentia-se particularmente irritável?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
	Tinha problemas de sono (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM

ITEM 10:

14.No último ano você teve períodos que duraram pelo menos 2 (duas) semanas em que você teve uma dificuldade importante para dormir ou um sono muito ruim (não conseguia dormir minimamente bem a noite, sentindo-se muito cansado ou irritado durante o dia)?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
--	------------------------------	------------------------------

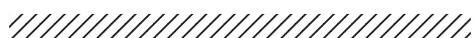
ITEM 11:

15.Alguma vez na sua vida você pensou seriamente em por fim à sua própria vida?	<input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> SIM
---	------------------------------	------------------------------

Ainda em relação à questão 15 do item 11, caso queira comente:

Quando: _____

Por qual motivo: _____



VI. USO DE ÁLCOOL

Leia as questões abaixo e assinale a alternativa mais apropriada ao seu padrão de consumo de bebidas alcoólicas:

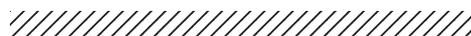
1. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, cachaça, etc)?
 - (0) Nunca
 - (1) 1 vez por mês ou menos
 - (2) 2 a 4 vezes por mês
 - (3) 2 a 3 vezes por semana
 - (4) 4 ou mais vezes por semana

Preencha as questões 2 e 3, transformando as quantidades em “doses”, baseado neste quadro abaixo:

1 "Drinque" ou "dose"	=	1 latinha de cerveja de 350ml
(12g de Etanol)		1 taça pequena de vinho de 140ml
		1 dose de Martini ou Vermute de 50ml
		1 dose de Pinga, ou Vodca ou Uísque de 37ml

2. Quantas doses, contendo álcool, você consome num dia em que normalmente bebe?
 - (1) 1 a 2
 - (2) 3 a 4
 - (3) 5 a 6
 - (4) 7 a 9
 - (5) 10 ou mais
 - (0) Nenhuma
3. Com que frequência que você consome 6 ou mais doses de bebida alcoólica em uma única ocasião?
 - (0) Nunca
 - (1) Menos que mensalmente
 - (2) Mensalmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) Diariamente ou quase diariamente
4. Com que frequência, durante os últimos doze meses, você percebeu que não conseguia parar de beber uma vez que havia começado?
 - (0) Nunca
 - (1) Menos que mensalmente
 - (2) Mensalmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) Diariamente ou quase diariamente

-
5. Com que frequência, durante os últimos doze meses, você deixou de fazer algo ou atender a um compromisso devido ao uso de bebidas alcoólicas?
- (0) Nunca
 - (1) Menos que mensalmente
 - (2) Mensalmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) Diariamente ou quase diariamente
6. Com que frequência, durante os últimos doze meses, você precisou de uma primeira dose pela manhã para sentir-se melhor depois de uma bebedeira?
- (0) Nunca
 - (1) Menos que mensalmente
 - (2) Mensalmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) Diariamente ou quase diariamente
7. Com que frequência você sentiu-se culpado ou com remorso depois de beber?
- (0) Nunca
 - (1) Menos que mensalmente
 - (2) Mensalmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) Diariamente ou quase diariamente
8. Com que frequência, durante os últimos doze meses, você não conseguiu lembrar-se do que aconteceu na noite anterior porque havia bebido?
- (0) Nunca
 - (1) Menos que mensalmente
 - (2) Mensalmente
 - (3) Semanalmente
 - (4) Diariamente ou quase diariamente
9. Você ou outra pessoa já se machucou devido a alguma bebedeira sua?
- (0) Nunca
 - (2) Sim, mas não nos últimos doze meses
 - (4) Sim, nos últimos doze meses
10. Algum parente, amigo, médico ou outro profissional de saúde mostrou-se preocupado com seu modo de beber ou sugeriu que você diminuísse a quantidade?
- (0) Nunca
 - (2) Sim, mas não nos últimos doze meses
 - (4) Sim, nos últimos doze meses



VII. USO DE OUTRAS DROGAS

Substância	Nunca usei na vida	Usei pelo menos 1 vez na vida	Usei pelo menos 1 vez nos últimos 12 meses	Usei nos Últimos 30 dias
Cigarro (tabaco)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pelo menos 1 dia <input type="checkbox"/> de 6 a 19 dias <input type="checkbox"/> em 20 ou mais dias Neste caso, quantos cigarros por dia: _____
Maconha	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pelo menos 1 dia <input type="checkbox"/> de 6 a 19 dias <input type="checkbox"/> em 20 ou mais dias Neste caso, quantos baseados, em média, por semana: _____
Cocaína (pó)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pelo menos 1 dia <input type="checkbox"/> de 6 a 19 dias <input type="checkbox"/> em 20 ou mais dias
Cocaína (crack)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pelo menos 1 dia <input type="checkbox"/> de 6 a 19 dias <input type="checkbox"/> em 20 ou mais dias
Anfetamina Tipos: Anfepramona (Inibex, Hipofagin), Fenproporex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pelo menos 1 dia <input type="checkbox"/> de 6 a 19 dias <input type="checkbox"/> em 20 ou mais dias
Alucinógeno (Chá de cogumelo, LSD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pelo menos 1 dia <input type="checkbox"/> de 6 a 19 dias <input type="checkbox"/> em 20 ou mais dias
Ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pelo menos 1 dia <input type="checkbox"/> de 6 a 19 dias <input type="checkbox"/> em 20 ou mais dias
Solventes (tinner, lança perfume, cola, etc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pelo menos 1 dia <input type="checkbox"/> de 6 a 19 dias <input type="checkbox"/> em 20 ou mais dias
Calmantes ou remédios para dormir sem receita médica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pelo menos 1 dia <input type="checkbox"/> de 6 a 19 dias <input type="checkbox"/> em 20 ou mais dias
"Bomba" Esteróide Anabolizante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pelo menos 1 dia <input type="checkbox"/> de 6 a 19 dias <input type="checkbox"/> em 20 ou mais dias
Outras drogas ou remédios, para dar barato (qual: _____)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> pelo menos 1 dia <input type="checkbox"/> de 6 a 19 dias <input type="checkbox"/> em 20 ou mais dias

7.1 Você, alguma vez em sua vida, após ter bebido a ponto de ficar embriagado, ou após ter usado alguma outra droga (como maconha, cocaína ou solventes), dirigiu um carro ou veículo?

1. Não
2. Sim. Quando foi a última vez: (ano _____). **Caso SIM, descreva quantas vezes você fez isso:**
 1. 1 vez
 2. 2 a 3 vezes
 3. 4 ou mais vezes

7.2. Nessa(s) ocasião(ões), ocorreu alguma consequência ruim ou algum acidente?

1. Não
2. Sim. Descreva: _____

7.3. Após ter bebido a ponto de ficar embriagado, ou após ter usado alguma outra droga (como, por exemplo, maconha, cocaína ou solventes), você alguma vez teve relação sexual com parceira(o) nova(o), recente, ou desconhecida(o)?

1. Não
2. Sim. Se possível descreva: _____

SOBRE A SUA SEXUALIDADE: 7.4.1 Você é virgem?

- 7.4. Você namora?**
1. Não
 2. Sim. Há quanto tempo? ___ anos; e ___ meses
1. Não
2. Sim
3. Sou Casada(o)

7.5. Você tem vida sexual ativa (contato com uma ou mais pessoas que inclua relação sexual completa)?

1. Não
2. Sim. Se sim, com qual idade a iniciou? _____ anos.
3. Não tenho vida sexual ativa

7.6. Você tem parceiro(a) sexual fixo(a)?

1. Não
2. Sim. Há quanto tempo? ___ anos; e ___ meses
Tem mais de um(a) parceiro(a) fixo(a)? Não; Sim (Quantos: ___)

7.7. Qual método anticoncepcional, ou de proteção, você usa? (pode ser mais de uma alternativa):

1. Pílula anticoncepcional/ hormônio injetável
2. Camisinha
3. Diafragma
4. Espermicida
5. Tabelinha
6. DIU
7. Não uso nenhum método anticoncepcional ou de proteção. Por quê? _____

-
8. Outros: _____ Não tenho vida sexual ativa

7.8. Quando você tem (ou teve) relação sexual com parceiro(a) novo(a) (primeiros contatos), você usa preservativo?

1. Sim, sempre. Por quê? _____
2. Às vezes. Por quê? _____
3. Nunca. Por quê? _____
4. Não tenho vida sexual ativa

7.9. Você já teve alguma vez em sua vida experiência ou envolvimento (amoroso, sexual) com pessoa do mesmo sexo?

1. Não
2. Sim

Caso queira, comente: _____

7.10. Em relação à sua orientação sexual, a sua preferência é:

1. Heterossexual
2. Homossexual
3. Bissexual
4. Sem orientação definida
5. Outra. Qual: _____

Caso queira, comente: _____

7.11. Em algum momento você já se sentiu discriminado(a) de alguma forma por sua orientação sexual?

1. Não
2. Sim

Caso tenha sido, descreva: _____

7.12. Você acredita que sua religiosidade influi de alguma forma na sua vida sexual?

1. Não tenho qualquer religiosidade
2. Não influi
3. Influi

Se influi em algo, de que forma? _____

7.13. Em relação ao aborto, você (ou sua parceira) já o praticou?

1. Não
2. Sim

Caso queira, comente: _____



