

**Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Psicologia Clínica e Cultura**

**Pródromos e Qualidade de Vida de Jovens na Moradia Estudantil da
Universidade de Brasília - UnB**

Cleuser Maria Campos Osse

Brasília – DF

2008

**Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Departamento de Psicologia Clínica
Programa de Psicologia Clínica e Cultura**

**Pródromos e Qualidade de Vida de Jovens na Moradia Estudantil da
Universidade de Brasília - UnB**

Cleuser Maria Campos Osse

Orientador: Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa

Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para a obtenção de título de Mestre em Psicologia Clínica.

Brasília – DF
2008

Pródromos e Qualidade de Vida de Jovens na Moradia Estudantil da Universidade de

Brasília – UnB

Cleuser Maria Campos Osse

Trabalho realizado no Departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

Banca Examinadora:

Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa – PCL/IP/UnB
(Presidente)

Profa. Dr.^a Ednéia Albino Nunes Cerchiari - UEMS
(Membro Externo)

Profa. Dra. Marta Helena de Freitas – UCB/DF
(Membro)

Profa. Dra. Liana Fortunato – PCL/IP/UnB
(Suplente)

Dissertação defendida e aprovada em 25 de agosto de 2008.

Brasília – DF

Dedico à minha família de origem:

Mamãe, Cleuser de Lourdes campos Osse, mulher forte com quem aprendo enfrentar a vida. Meus irmãos: Celso Eduardo Campos Osse, meu exemplo e Sérgio Campos Osse (In Memoriam), grande parceiro, de quem tenho tantas saudades e ao papai, Celso de Barros Osse, grande homem, pela luta, perseverança e alegria com que me ensina a cada dia que “..A vida é boa demais para ser levada tão a sério...”

Agradecimentos

Escrever essa seção me remete ao início de tudo, da maneira como foi se delineando em meus planos, o curso de mestrado na UnB em Brasília. Pelos muitos desvios de percurso que acontecem durante a vida, nos deparamos com eventos inesperados e com todas as implicações que eles trazem, essa foi a quarta grande mudança: Florianópolis para Brasília com escala em São Paulo! Recomeçar!

Recém chegada à Capital Federal, buscando o meu lugar, conheci e reencontrei pessoas significativas. Nesses encontros e desencontros necessários, o caminho foi e continua sendo traçado. O que seria de nós sem parcerias importantes para travessias de caminhos nebulosos e compartilhar alegrias? Sem elas não poderia estar agora concluindo um pedaço importante dos meus sonhos.

Em primeiro e supremo lugar agradeço a Deus que sem Sua presença nada é possível para quem acredita que nada acontece nessa vida por acaso.

Meus sinceros agradecimentos a todos aqueles que de alguma maneira contribuíram para meu percurso, dos quais não posso deixar de mencionar:

Os primos Maria Sílvia Osse De Sordi e Antônio César Castro De Sordi que, tendo sentido várias vezes o gosto de mudanças repentinas, puderam me oferecer o apoio necessário para novas adaptações e facilitar os meus primeiros relacionamentos no planalto central. Sempre me incentivando e acreditando nas minhas possibilidades, muitas vezes mais do que eu mesma, tiveram participação decisiva nessa trajetória.

A primeira grande amiga, gaúcha de nascimento, mas brasiliense por escolha, Ana Maria Freitas Coelho com quem participei de disciplinas e compartilhei a construção de vários projetos, inclusive aquele que me motivou a fazer a prova para o mestrado. Amiga de todas as horas!

A segunda grande amiga, segunda não por outro motivo que o temporal, amazonense, por acaso brasiliense, Simone Bohry. Jovem, centrada, decidida e, sobretudo de bem com a vida! Dividiu comigo e pude dividir com ela todas as dores e os prazeres de ser mestranda, além do apoio e incentivo incondicionais que me ofereceu.

Ao PSIU, coordenado pelo Prof. Dr. Marcelo Tavares, pelas orientações e consentimento de uso das escalas que fazem parte das pesquisas desse grupo. Em especial Alexandre Domânico, cuja disponibilidade proporcionou a organização estatística e Beatriz Montenegro que forneceu subsídios importantes para a construção dessa dissertação.

A Prof^{ra}. Dr^a. Maria Lúcia Formigoni da Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) que, gentilmente, forneceu todos os materiais e orientações relacionados à versão brasileira do ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Test).

Aos alunos de pesquisa: Daniel Rohe Salomon, Iron Ribeiro Chaves, Júlia Camarotti, Pedro Augusto Menezes da Costa e Sandy Carolina Cartaya que, incansavelmente estiveram ao meu lado na coleta de dados, emprestando sua juventude para o contato com os jovens moradores.

Aos participantes que investiram esforços, nos mostrando e compartilhando conosco, algumas particularidades dos anos universitários.

Ao Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa, a pessoa certa na hora certa, que acreditou em mim quando aceitou assumir a orientação dessa dissertação, pela disponibilidade profissional e compreensão com que me acolheu. Contribuindo de maneira ímpar para um desfecho feliz do meu curso de mestrado.

Ao GIPSI, exemplo de grupo de trabalho que realmente assume a luta por uma causa, pelo acolhimento. Em especial à Elisa Alves, Nerícia Carvalho, Enrique Bessoni, Marina Agra Santiago e Lílian Cherulli pelas orientações, apoio e “torcida”.

À Jhenne Diniz, pessoa sensível e competente em suas funções à frente da Secretaria do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, pelas orientações e apoio sempre muito oportunos.

Ao meu amado companheiro da vida inteira Eduardo Carvalho de Souza Filho, pelo incentivo, compreensão e participação efetiva/afetiva na concretização desse trabalho.

As duas jovens estrelas que brilham no meu caminho: Juliana Osse de Souza e Camila Osse de Souza, que trilham comigo suas existências e com quem aprendo a cada dia, pelo amor, reconhecimento e compreensão.

Juventude

*Dos sonhos mil de mil faces,
em rostos e abraços afáveis,
de força qual a do sol, reluzente à vida de novo.*

*Do melhor em melhores vias,
do jovem a paz se insinua,
faz-se aprazível no inefável do ser,
e da penumbra à alegria no agora.*

*Sou jovem de esperança perene,
que não definha no não deferido,
persistindo na fé inocente,
do jovem que não cessa a luta.*

*No hoje sou novo da luz,
me faço arauto do bem,
sou apenas jovem sem crescer,
exímio da vida exigente do adulto.*

*Juventude que grita e exige,
que ama no íntimo do amor,
que transcende os limites da vida,
no bem e na paz se faz pleno.*

Sou jovem da significância!

João Gilberto Engelman

<http://www.mundojovem.pucrs.br/poema-juventude-13.php>

RESUMO

O propósito principal deste estudo foi mapear as condições psicológicas, sociais e de qualidade de vida do jovem universitário residente na moradia estudantil da UnB, objetivando ao final subsidiar futuros programas de proteção, prevenção e assistência desta população. A procura por assistência psicológica em programas da UnB é composta em sua maioria por jovens universitários entre 17 e 25 anos, em fase crítica de desenvolvimento psicossocial, experimentando muitas mudanças e, tratando-se dos residentes da moradia estudantil, tendo saído da casa de seus pais pela primeira vez para morar na universidade. Para verificar a existência de pródromos e conhecer a qualidade de vida desses jovens, foram utilizados questionários auto-aplicáveis, sobre questões demográficas, de eventos de vida na infância, durante a vida e no último ano, uso de álcool e outras substâncias e de risco e ideação ao suicídio. Oitenta e sete (87) voluntários participaram da pesquisa. Os resultados apontam para uma realidade preocupante: jovens na maioria com até 25 anos de idade, com dificuldades para a sua manutenção material na universidade. Foram identificados, em sua maioria, pródromos que indicaram ansiedade, depressão e dificuldades em aceitar/procurar ajuda. As dificuldades financeiras, o ambiente social composto por um complexo emaranhado de relações e a carência de orientação e apoio identificados, favorecerem o aparecimento de comportamentos de risco como tentativa de solução de problemas relacionados ao sofrimento psíquico. Apesar da existência de programas estudantis na UnB, estes ainda não conseguem cobrir toda a complexa demanda por assistência destes estudantes. Ficou evidente a necessidade de implementação de investimentos que privilegiem a saúde física e mental e que possibilitem não só a permanência na universidade, mas uma permanência com qualidade. Sugere-se ações emergenciais, a médio e em longo prazo, para que os programas já existentes na instituição possam atender de maneira mais abrangente os alunos da moradia estudantil, objetivando obter melhor rendimento acadêmico e qualidade de vida na moradia estudantil.

Palavras chave: jovem adulto; universitário; sofrimento psíquico, saúde mental.

ABSTRACT

The purpose of this study was to map out the psychological, social and quality-of-life conditions of young university students living in campus dormitories of the University of Brasília (UnB). The data may provide inputs for drawing up future protection, prevention and assistance programs for this population. Most young university students seeking psychological assistance in UnB's programs are aged from 17 to 25 years old, in a critical psychosocial development phase and experiencing many changes, like living in campus dormitories usually after living their parents' home for the first time. Aiming checking the existence of prodromes and life's quality of these young people, self-applicable questionnaires were used dealing with issues relating to demography, life events in childhood, lifetime events and events in the previous year, use of drugs and other substances, risk behaviors and ideation to suicide, use and knowledge of UnB's assistance services. Eighty-seven volunteers took part in the survey. The results point to a worrying reality: most of these young people are aged up to 25 years old and are facing difficulties beyond their material needs to continue to attend the university. Most of the surveyed students revealed prodromes like anxiety, depression and difficulties to accept/seek help on the part of. The financial difficulties, the social environment characterized by complex relationships, and the lack of guidance and support make up a scenario which encourages risk behaviors to solve psychic suffering. Although assisting programs are available at UnB for these young people, they have not been able to manage the complex demand for assistance from these students. It became evident that is necessary to improve the physical and mental health of the students in order to make it possible for them not only to continue to attend the university, but to increase their quality of life. In this sense, suggestions of medium- and long-term emergency actions are presented.

Keywords: young adult; college students; psychic suffering, mental health.

LISTA DE ABREVIATURAS

AMCEU – Associação de Moradores da Casa do Estudante Universitário

ANX – Escala de Conteúdo de Ansiedade

ASSIST – Álcool, Smoking and Substance Involvement Screening Test

CAEP - Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos

CID – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde

CAT – Child Abuse and Trauma

CEP/FM/UnB – Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília

CEU/UnB - Casa do Estudante Universitário da Universidade de Brasília

DATA-SUS – Banco de Dados do Sistema Único de Saúde

DAC – Decanato de Assuntos Comunitários

DEP – Escala de Conteúdo de Depressão

DDS – Diretoria de Desenvolvimento Social

DSM-IV-R – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – IV - R (quarta edição revisada)

ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente

FONAPRACE- Fórum Nacional de Pró-reitores para Assuntos Comunitários e Estudantis.

GIPSI- Grupo de Intervenção Precoce em Primeiras Crises do Tipo Psicótica

IFES – *Instituição Federal de Ensino Superior*

LES – M – Life Experiences Survey - Masculino

LES – F – Life Experiences Survey – Feminino

MEC – Ministério da Educação e Cultura

MMPI-2 – Minnesota Multifatorial Psychological Inventory - 2

MS – Ministério da Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PANSI – Positive and Negative Suicide Ideation

PCL/IP/UnB – Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília

PIC – Programa de Iniciação Científica

PSIU - Programa de Saúde Integral do Universitário

QV – Qualidade de Vida

SBQ-R – Suicidal Behavior Questionary - Revised

SME – Serviço de Moradia Estudantil

TRT – Escala de Conteúdo de Relações de Ajuda

UCB/DF – Universidade Católica de Brasília – Distrito Federal

UEMS – Universidade Estadual do Mato Grosso do Sul

UnB- Universidade de Brasília

EDU-UnB – Editora Universitária da Universidade de Brasília

UNESCO – United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

UNFPA – Fundo de População da Organização das Nações Unidas

WHOQOL-100 – World Health Organization of Quality Of Life- 100

WHOQOL- GROUP – World Health Quality Of Life - Group

SUMÁRIO

Introdução	1
Capítulo 1 – Juventude Brasileira Atual	7
1.1 – Juventude e Crise.....	13
Capítulo 2 – Jovem Universitário	20
2.1 – Jovem Universitário e Moradia Estudantil.....	21
2.2 – Jovem Universitário, Estresse e Modos de Enfrentamento.....	26
2.3 – Jovem Universitário e Comportamento de Risco.....	30
2.4 – Jovem Universitário e Saúde Mental.....	37
2.5 – Jovem Universitário e Qualidade de Vida.....	43
Capítulo 3 – Métodos	48
3.1 – Objetivos.....	49
3.2 – Programas de Assistência Estudantil na UnB.....	50
3.3 – Contexto Ambiental.....	51
3.4 – Descrição da População.. ..	52
3.5 – Organização da Pesquisa	53
3.6 – Local	53
3.7 – Equipe	53
3.8 – Consentimento Informado e Sigilo.....	54
3.9 – Instrumentos.....	54
3.9.1 – Questionário Demográfico.....	55
3.9.2 – Instrumentos de Medida de Eventos de Vida.....	55
3.9.3 – Instrumentos de Medida de Consumo de Álcool e Outras Substâncias.....	57

3.9.4 – Instrumentos de Medidas de Depressão, Ansiedade e Relações de Ajuda.....	58
3.9.5 – Instrumentos de Medidas de Ideação e Risco de Suicídio.....	60
3.9.6 - Procedimentos para Coleta de Dados	59
3.9.7 – Organização e Análise dos Dados.....	60
Capítulo 4 – Resultados	62
Capítulo 5 – Discussão.....	77
Conclusões e Considerações Finais.....	85
Referências	93
Anexos.....	105

INTRODUÇÃO

O interesse da autora em estudar a situação do universitário que reside na moradia estudantil da Universidade de Brasília (UnB) decorreu da realidade observada quando de sua participação em programas de assistência existentes na UnB. A princípio, no Programa de Saúde Integral ao Universitário (PSIU), coordenado pelo Prof. Dr. Marcelo Tavares e, posteriormente, no Grupo de Intervenção Precoce em Primeiras Crises do Tipo Psicótica (GIPSI), coordenado pelo Prof. Dr. Ileno Izídio da Costa.

Esses programas estão ligados ao Departamento de Psicologia Clínica (PCL) do Instituto de Psicologia (IP) da UnB e se constituem em grupos interdisciplinares, que buscam integrar estudo, pesquisa e intervenção, entendendo a saúde como processo global, com o objetivo de atuar na qualidade de vida e saúde da clientela que atendem. O PSIU é destinado a desenvolver ações no meio universitário e promover a qualidade de vida dos alunos em suas diversas atividades. O GIPSI é vinculado ao Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos (CAEP) e seu objetivo é atender a comunidade geral na intervenção precoce do sofrimento psíquico grave.

A procura por atendimento, em ambos os programas, consiste em uma clientela em sua maioria composta por jovens adultos com idades entre dezessete a vinte e quatro anos em situação de crise. Esta demanda representa uma realidade preocupante: a entrada no mundo acadêmico coincide com um período rico em mudanças, quando experimentam uma série de fragilidades e vulnerabilidades, assim como de potencialidades.

O foco do trabalho sobre os universitários residentes na moradia estudantil deveu-se ao fato de que, além da crise vivenciada pela entrada na universidade, outro agravante para desenvolvimento de crises seria o fato de muitos

estudantes estarem saindo da casa dos pais pela primeira vez e morando nas universidades.

A saúde do jovem e o desenvolvimento humano saudável, bem como medidas de proteção, promoção da saúde, prevenção e intervenção, têm sido temas de interesse e estudo nas diferentes áreas do conhecimento e causa de preocupação na elaboração das políticas sociais e de programas governamentais (ECA, 1990; OMS, 2000; FONAPRACE, 2004)

O Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis (FONAPRACE) vem realizando, a partir de 1994, levantamentos sobre a situação socioeconômica e cultural dos estudantes de graduação das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES). A partir dos dados levantados coloca de maneira clara seu posicionamento sobre a necessidade de política pública para a assistência estudantil:

“O processo de democratização do sistema educacional brasileiro, particularmente das Universidades Públicas, passa necessariamente pela incorporação de estudantes oriundos de famílias de baixa renda. Não basta, entretanto, assegurar-lhes o acesso; é preciso considerar que o compromisso efetivo do Estado com a democratização do ensino superior pressupõe a criação de condições concretas de permanência de todos os alunos na universidade, até a conclusão do curso escolhido, através da formulação de programas que busquem atenuar os efeitos das desigualdades existentes, provocadas pelas condições da estrutura social e econômica” (FONAPRACE, 1997, p. 301).

Com a finalidade de buscar subsídios que pudessem fundamentar a definição de estratégias de atenção essenciais para o acesso à assistência estudantil, garantindo a permanência do estudante na universidade e conclusão do curso, o Ministério de Educação e Cultura (MEC), mediante a parceria do Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Assuntos Estudantis (FONAPRACE) com a Associação dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES), realizou, em 2004, uma pesquisa intitulada: “II Perfil Socioeconômico e Cultural dos

estudantes de graduação das Instituições Federais de Ensino Superior (IFES)”. Com base em seus resultados, reconheceu-se a necessidade de construção de ações voltadas para a atenção a problemas de ordem emocional e psicológica dos estudantes das universidades brasileiras.

Dentre as várias características encontradas, constatou-se que os estudantes das classes mais baixas (C, D e E) apresentavam uma maior proporção de residência anterior fora da região metropolitana da Universidade. Em geral, estes estudantes migraram para localidades próximas a Universidade e não têm apoio familiar no que se refere às suas necessidades básicas, como, por exemplo, moradia e alimentação. Justamente esta população (42,7%) é a que corresponde à demanda por programas que viabilizem sua permanência na Universidade. Essa pesquisa também identificou que mais de 60% dos estudantes haviam apresentado algum tipo de dificuldade emocional (FONAPRACE, 2004).

Apesar da existência de inúmeras iniciativas e vários esforços voltados para a Assistência Estudantil nas IFES, constatou-se, por meio da pesquisa, a existência de uma demanda reprimida para assistência de diferentes ordens de mais de trinta e três mil estudantes em quarenta e sete das cinquenta e três IFES brasileiras. Esses números revelam a existência de uma população que necessita de atenção que vá além dos recursos disponíveis, ultrapassam as esferas acadêmicas e econômicas, que observem a vida universitária nos âmbitos psicológicos, culturais, do esporte e do lazer e possibilitem uma permanência com qualidade dos estudantes na universidade.

A Casa do Estudante Universitário é um dos recursos institucionais que é disponibilizado para o universitário que não possui de condições financeiras suficientes para custear suas despesas. Segundo dados da pesquisa do FONAPRACE (2004), existem 12.755 estudantes morando em casas estudantis nas Instituições

Federais de Ensino Superior Brasileiras (IFES); no entanto, este número representa apenas 2,6% do universo de estudantes. Considerando os resultados desta mesma pesquisa que aponta para uma grande proporção de universitários nas classes B2, C, D, e E (65%) , que quase a metade dos alunos das IFES são considerados como estudantes de baixa renda e que fazem parte da demanda por programas de assistência estudantil, o número de beneficiados com moradia é muito pequeno em relação à demanda.

Com o desenvolvimento acelerado da sociedade, as exigências individuais estão sendo cada vez maiores; muitas vezes, vão além dos recursos disponíveis, o que pode levar muitos jovens a terem dificuldade de acesso aos recursos institucionais.

A conquista de uma vaga na universidade pública pode ser invalidada pela dificuldade em manter-se nela, pois sabemos que os jovens dependem de uma estrutura de apoio que inclui: alimentação, moradia, assistência médica e odontológica, transporte e recursos para manutenção durante o curso, de que nem sempre dispõem.

A existência de questões psicológicas e de fatores de risco decorrentes do uso de álcool e drogas, dentre outros, apontadas pela pesquisa, tem sido cada vez mais frequentes entre os jovens das comunidades acadêmicas. Conscientes de que tais questões trazem conseqüências desastrosas para a saúde do universitário e para a instituição, os dirigentes das IFES organizaram um evento, em Brasília, que reuniu profissionais de serviços de apoio psicológico e social que são oferecidos aos estudantes universitários brasileiros, foi o: I Seminário de Serviços de Apoio Psicológico e Social a Estudantes nas Universidades Brasileiras (2005).

Esse encontro possibilitou o levantamento e a discussão dos diversos problemas acadêmicos que são comumente enfrentados pelas instituições. São fatores complexos pela sua multidimensionalidade e multideterminação, em cuja interação se

influenciam mutua e dinamicamente e não possibilitam uma explicação linear causal. Buscando compreensão, análise e a indicação de possíveis propostas de ações preventivas e interventivas, os fatores mais discutidos foram classificados em cinco áreas:

- Fatores Pessoais: referem-se a questões relacionadas a características próprias do universitário que afetam sua saúde e vida emocional. O grande número de estudantes com dificuldades emocionais foi uma referência constante, bem como o uso de álcool e drogas, sendo levantada necessidade de atenção especial nas residências estudantis. Outro dado relevante apontado foi a fase de desenvolvimento em que se encontra a maioria dos estudantes. Setenta e oito por cento deles (78%) têm até vinte e cinco (25) anos de idade, quando é esperado que estejam vivenciando a formação de identidade, choque cultural, dificuldades financeiras.
- Fatores Interpessoais ou Relacionais referem-se a situações de conflito entre os estudantes (principalmente entre os moradores dos alojamentos universitários), entre estudantes e professores e estudantes e funcionários. De acordo com os profissionais que participaram do evento, esses conflitos estão principalmente relacionados às características individuais e institucionais ligados diretamente ao uso de álcool e drogas e a maneira de lidar com conflitos.
- Fatores Acadêmicos referentes às atividades do contexto ensino-aprendizagem, escolha do curso e desempenho.
- Fatores Ambientais como distanciamento das famílias, situação das moradias estudantis e da segurança no campus.
- Fatores Institucionais que incluem todo o contexto e cultura de funcionamento formal e informal das instituições, focalizando a inexistência ou insuficiência de

políticas voltadas para a identificação precoce de riscos e ações afirmativas de prevenção e superação destes.

Os fatores indicados pelas pesquisas evidenciam objetivamente a necessidade de serviços que vão além do aspecto de ensino, mas que propiciem também a permanência dos universitários com qualidade de vida saudável.

Apesar da constatação de que a maioria dos estudantes não teria condições de pagar seus estudos, os dados levantados denotam que as IFES já desempenham papel importante na busca de equidade e reforçam a necessidade de inclusão da Assistência Estudantil matriz de alocação de recursos orçamentários das IFES para viabilizar a implementação de um Plano Nacional de Assistência Estudantil.

Ressaltando que a assistência não deva ser considerada somente no sentido de prover recursos materiais, mas também no sentido de implantação de serviços que promovam bem-estar e qualidade de vida dos estudantes, a partir do real conhecimento do funcionamento, relacionamentos e redes sociais criados no contexto universitário por aqueles que dependem das instituições não só para sua formação acadêmica, mas para a definição de papéis sociais e de formação de identidade.

Normalmente, situações pessoais emocionalmente significativas para a superação de dificuldades naturais ou comuns a esta etapa do desenvolvimento não encontram espaço para discussão em sala de aula, nem fazem parte do programa dos cursos ou da grade curricular. Quando uma necessidade emocional torna-se agravante de uma dificuldade acadêmica, geralmente representa um dilema para o jovem inexperiente, que fica sem ter onde ou a quem recorrer para receber apoio.

CAPITULO 1 – JUVENTUDE BRASILEIRA ATUAL

O Fundo de População da Organização das Nações Unidas (UNFPA/ONU, 2003) divulgou dados em que o Brasil é o quinto país do mundo com maior percentual de jovens em sua população. Nesse relatório, foram apresentados dados de pesquisa, em que foram entrevistados 3501 jovens com idade entre 15 e 24 anos. Tais dados revelaram que o maior interesse da juventude está voltado para temas como educação e emprego. Ir à escola, fazer vestibular e cursar faculdade lideram o foco de interesse dessa população, em 38% dos entrevistados.

O relatório da UNESCO (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization) sobre análise da situação dos jovens brasileiros durante o ano de 2203 (Waiselfisz, 2004), demonstra que o percentual dos jovens que freqüentavam a escola é inferior a 50% na maior parte das Unidades Federadas e os problemas de saúde mais prevalentes entre nessa faixa etária são um misto de fatores psicossociais, ligados à sexualidade, a violência e/ou abuso de drogas. Registrou também que existe um aumento da mortalidade por causa externas, principalmente acidentes de trânsito, homicídios e suicídios.

O Ministério da Saúde (MS, 2002) coloca o empobrecimento da população e a insuficiência de recursos públicos disponíveis como fatores relevantes que colaboram para a manutenção das situações citadas nesses relatórios e em outros levantamentos demográficos. Tais questões acabam por, indiretamente, colocar o tráfico de drogas como opção atrativa de geração de renda e de oferta de proteção.

Em pesquisa sobre saúde mental realizada pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, no período de 2001 a 2006, constatou-se que entre os usuários do programa Saúde da Família, a falta de escolaridade, baixa renda e exclusão social afetam a saúde mental, principalmente para idosos, mulheres e jovens. Os

transtornos mentais comuns que foram considerados no estudo referem-se à situação em que a pessoa não preenche os critérios formais para diagnóstico (DSM-IV, 2003 e CID-X, 1995) de estresse, depressão e ou ansiedade, mas que apresentam sintomas suficientes para causar incapacitação funcional comparável ou até pior do que os quadros crônicos já estabelecidos (Santos, 2001).

Os dados desta pesquisa indicaram que as más condições socioeconômicas são fatores determinantes para o desenvolvimento de transtornos mentais (Maragno, 2006). Relata também que 24,1% do total dos entrevistados já apresentavam um quadro compatível para transtorno mental, a maioria dos afetados (33,66%) foi composta por idosos com 65 anos ou mais de idade, tendo as mulheres de menor renda e menos escolaridade como principais vítimas (27,99%). Entre os participantes mais jovens (15 a 34 anos), quase a metade deles apresentou algum tipo de transtorno mental. Da população de baixa renda (renda familiar de até 2 salários mínimos), quase 30% das pessoas foram suspeitos de terem transtornos mentais, enquanto entre as pessoas que vivem com uma renda cinco vezes maior, este índice cai para 10%.

Portanto, nível socioeconômico e de instrução formais mais baixos, entre idosos (65 anos ou mais) e jovens (de 15 a 34 anos) são fatores que podem estar relacionados com a prevalência dos transtornos mentais comuns. Para o autor (Maragno, 2006), essas constatações alertam para o fato de que o estresse, a ansiedade e a depressão, se não tratados, correm risco de evoluir para doenças mentais mais graves.

Entre os jovens, principalmente os de famílias de baixa renda, os problemas se acentuam, pois, além da fase de transição pela qual estão passando com todas as suas implicações, carecem de acesso aos bens de consumo (Costa, 2006). Esta etapa do desenvolvimento, entre o final da adolescência e a entrada na fase adulta,

coincide com o período em que o jovem ingressa na universidade; é uma fase crítica, caracterizada por muitas mudanças.

Segundo Erickson (1976), esta é a fase de obtenção da identidade; a busca pelo senso de identidade é uma necessidade urgente que determinam os padrões de comportamento, marcada por fatores como dúvida, instabilidade emocional, conflito de papéis, que representam um momento de muita angústia para o jovem. O mais importante, para Erickson (1976), é a consciência de um novo espaço no mundo e o surgimento de uma nova realidade, que podem produzir confusão de conceitos e perda de certas referências. Segundo o autor, para que ocorra o desenvolvimento de uma identidade saudável, é necessário o estabelecimento de uma noção de autonomia, confiança, iniciativa e produtividade.

A tarefa dessa etapa de desenvolvimento é mover-se em direção ao mundo adulto, planejar e começar a construir uma estrutura estável de vida, período em que acontecem muitas mudanças e que exige escolhas, definições, decisões importantes e traz conseqüências para o resto da vida do jovem, quando muitos jovens passam por momentos críticos e definitivos: primeiro casamento, primeiro ato sexual, paternidade. Até no início do século 20, estes eventos eram considerados inseparáveis, mas para os jovens atuais a realidade é outra. A idade da puberdade continua a diminuir e a idade do casamento continua a aumentar. O tempo que os jovens passam entre a puberdade e o primeiro casamento aumentou significativamente, o que significa que, para muitos, a primeira experiência sexual e a paternidade ocorrem em diferentes contextos pessoais e sociais.

Depois da revolução sexual, quando passou a existir um maior controle de natalidade e padrões menos rígidos de moralidade sexual, a maioria dos jovens hoje, tem uma série de relacionamentos sexuais antes de se casar. No espaço de três décadas

houve uma mudança muito grande de comportamento, estima-se que a idade de casamento e paternidade tenha sido adiada por pelo menos quatro anos (McCauley & Salter 1995).

A teoria de desenvolvimento psicossocial de Erickson (1976), trouxe muitas mudanças na compreensão do desenvolvimento humano, e a juventude passou a ser entendida em duas etapas: a primeira é a adolescência propriamente dita que vai até 18 anos e a segunda, de 18 a 25 anos, seria a maneira de abordar a etapa que antecede a idade adulta. Muitos termos são utilizados para designar a segunda etapa da juventude; alguns pesquisadores, inclusive Erickson, se referem a ela como extensão da adolescência, adolescência tardia ou prolongada (Sheehy, 2003; Câmara & Cruz, 1999) e outros (Chamboredon, 1985 & Muxel, 1994) como pós adolescência.

Arnett (2000); Camarano e col. (2004) definem que 18 anos pode ser um bom indicador para o final da adolescência e o início da fase de jovem adulto, pois é a idade em que a maioria dos jovens termina o Ensino Médio e alcança a idade legal de adulto. Porém, seu término é questionável, o modelo tradicional postula a idade de 24 anos para o término da juventude, quando o jovem ganha independência e sai da casa dos pais. A transição da segunda etapa da juventude para a de jovem adulto é menos definitiva em termos de idade. Porém, para a maioria das pessoas, essa transição é intensificada a partir dos 25 anos e é alcançada por volta de 30 anos (Bohry, 2007).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu, em 1994, conforme o modelo tradicional de transição, como jovem, o sujeito entre 15 e 24 anos com o objetivo de traçar diretrizes para ações com essa população. Os critérios para definir a idade mínima (15 anos), levaram em consideração a época em que já estão desenvolvidas as funções sexuais e reprodutivas, os mesmos que diferenciam a criança do adolescente e que tem repercussões físicas, biológicas e psicológicas. Os critérios

para definição da idade máxima (24 anos) foram relacionados com o período em que os jovens estão, normalmente, concluindo o curso superior, começando a trabalhar, e muitas vezes, constituindo sua família (Camarano e col. 2004).

Para Arnett (2000), esta etapa de vida configura-se qualitativamente como um novo período no desenvolvimento humano, e por isso não pode ser considerada apenas como a extensão da adolescência, porque é muito diferente dela, ainda sem as responsabilidades características da vida adulta. Segundo o autor, o termo jovem adulto, deve ser aplicado para pessoas que estão na faixa de idade de 30 anos, ainda jovens, mas adultos de uma maneira que as pessoas de 18 a 25 anos ainda não são. O termo proposto por Arnett (2000) para se referir a segunda etapa da juventude, quando o jovem ainda não é adulto, mas está experimentando papéis de adulto (18 a 25 anos), é “*Emmerging Adulthood*” (adulto emergente); portanto, de acordo com este autor, as fases da juventude seriam: adolescência, adulto emergente e jovem adulto.

Arnett (2000) ao mesmo tempo em que cria a denominação *emmerging adulthood* para destacar uma etapa diferente com características próprias, coloca o jovem, a menos que na língua inglesa seja uma expressão com significado que vá além da tradução para o português, como um quase adulto, pré-adulto, alguém que não pertence nem ao grupo de adolescentes, mas também não pertence ao grupo de adultos. Portanto uma denominação que o deixa sem um espaço a ocupar, não possui *status de* poder ser, atuar e participar ativamente na sociedade. Consideramos “adulto emergente” alguém que ainda “não é”, mas “está” em uma fase de passagem, que ocupa uma posição de invisibilidade perante a sociedade. O “não ser” o coloca em um lugar marginal, que pode gerar desqualificações, preconceitos, desrespeito e aflora a visão negativa. Trata-se de uma adversidade dos jovens como sujeitos sociais e autores

estratégicos do desenvolvimento, associada à omissão das respostas pragmáticas, gera vazios e perigos no desenvolvimento juvenil e para a sociedade (Krauskopf, 2005).

Quando se discute uma nomenclatura de determinada classe social, grupos de idades, ou mesmo uma alcunha atribuída a alguém, devemos nos remeter a representatividade implícita que esta carrega consigo, deixa de ser simplesmente um nome, mas um conceito carregado de sentidos e significados, tanto positivos quanto negativos. Por considerar a juventude como atora no presente e autora do futuro é que, apesar de todas as intempéries que possam enfrentar, ela ocupa um lugar importante, crítico, mas privilegiado, cheio de oportunidades e desafios. Assim, adotaremos como o fez Costa (2006) em seus estudos sobre a juventude, o termo “jovem adulto” para nos referirmos a população de jovens com idades entre 17 e 25 anos.

Os indivíduos em fase juvenil não representam um pré-projeto de futuro e necessitam enfrentar as mudanças e as incertezas com imaginação e grande capacidade de aprendizagem. Não se pode reduzir o período juvenil a uma etapa preparatória. Enquanto colocado como jovem adulto, assume a sua importância e representatividade na sociedade, ganham importância os ganhos as gratificações e os reconhecimentos no presente. A possibilidade de participar, decidir, colocar idéias e valores em prática, enriquece as conceitualizações, as ações e a inclusão social do jovem. Apenas assim é possível obter-se a satisfação subjetiva básica, como o sentimento de pertencer, a autoconfiança, a estima, a segurança emocional, a esperança, a alegria, o sucesso e o reconhecimento construtivo (Krauskopf, 2005).

Outra dimensão crítica a abordagem dos jovens apenas como sujeitos em transição, e pelo *status* de estabilidade atribuído ao mundo adulto, a vida adulta aparece como condição por excelência a que se quer alcançar, caracterizada pela estabilidade plena. Tal visão atribui o caráter de instabilidade à juventude sempre em

oposição à pretensa estabilidade da vida adulta, sem se dar conta de que a sociedade está sempre em transformação e, portanto, o mundo adulto não é rígido e estático, para que não possa, em determinados momentos também ser instável, passar por crises e ter que se submeter às adaptações ao novo (Camarano e cols., 2004).

Apesar de divergências entre autores quanto às concepções que definam idades normativas para identificar estas etapas do desenvolvimento, a importância de se definir cronologicamente as etapas toma vulto pelo seu impacto direto nas definições das políticas públicas. Arnett (2000) e Camarano e col. (2004) sugerem a idade cronológica das fases como indicador grosseiro, utilizada para marcar o período de transição e, segundo eles, deve ser empregado como referência e não como padrão, pois existem, variações subjetivas conforme o desenvolvimento de cada pessoa. Enfatizam ainda, que esse período não é universal e imutável, pois como Erickson (1976) já assinalava, ele ocorre nas sociedades industrializadas e fatores culturais também podem influenciar para que ele ocorra (Bohry, 2007).

1.1 – Juventude e Crise

Erickson (1976), a partir do meio do século passado, em sua teoria de desenvolvimento biopsicossocial, foi o primeiro estudioso que levou em consideração a influência das transformações da sociedade sobre o desenvolvimento humano. Em sua teoria, referiu-se à extensão da adolescência como um período em que as sociedades industrializadas permitiram uma moratória social, quando houve grande mudança de atitude da sociedade em relação ao estudante, os papéis se modificaram e as exigências diminuíram.

Essa fase do desenvolvimento foi considerada por Erickson (1976) como “crise”, pois importantes mudanças fisiológicas, cognitivas e sociais ocorrem ao

mesmo tempo em que, o jovem começa tomar importantes decisões em sua vida. Segundo este autor, crises permeiam toda a vida do ser humano, trata-se de um momento que pode ser circunstancial ou natural do desenvolvimento humano, onde surgem demandas perante as quais nos vemos obrigados a criar novos padrões de respostas, já que os adquiridos anteriormente passam a ser ineficazes diante da nova situação de vida.

A crise pela qual passa o jovem, como as crises propícias em todos os ciclos de vida, pode significar tanto estímulo para crescimento e segurança quanto desafios, pois é quando as identificações anteriores com os pais e outros modelos de papéis têm sua importância, mas seu desenvolvimento necessita de uma identidade pessoal, que vá além destas identificações. A função desta fase consiste em integrar as identidades ou categorias sociais relevantes, bem como interesses mais individuais, numa identidade individual unificada. A transição, que ocorre nas idades entre 18 e 25 anos, só acontece satisfatoriamente quando a identidade individual já está estabilizada e, assim, o jovem poderá se relacionar com outras pessoas com maior segurança (Erickson, 1976).

À medida que a sociedade pode ser mais tolerante, estes jovens têm a oportunidade de, pela livre experimentação de papéis, encontrarem seu espaço em algum lugar da sociedade, sem, no entanto, terem necessariamente que assumir as responsabilidades inerentes a estes papéis. É a fase em que o jovem tem mais oportunidades de explorar possibilidades que contribuem para formação de sua identidade. Erickson (1976) designou a identidade *versus* confusão de papéis, como crise central do estágio adolescente de vida e nas décadas seguintes articulou esta idéia.

Caplan (1964) considera crise partindo do conceito de homeostase adaptativa, desequilíbrio e reequilíbrio, dando ênfase ao aspecto cognitivo na solução de

crises deixando em segundo plano o aspecto afetivo, e assim estabelece uma diferença quantitativa entre funcionamento “equilibrado” e funcionamento “crítico” (em crise). Simon (1989) contrapõe o conceito de crise de Caplan (1964), pois considera que entre os problemas habituais e os de crise, existem grandes diferenças qualitativas. Para ele, o essencial na geração de crises, é o fato de que o indivíduo se vê diante de uma situação nova e essencialmente transformadora. Geralmente, esse novo não está relacionado apenas ao sujeito, mas à dinâmica relacional que vivencia em seu contexto cotidiano. Essa divergência entre os dois autores possui implicações fundamentais no trabalho de prevenção, pois além de se conhecer a intensidade da crise, é importante conhecer a sua etiologia para a construção de programas de prevenção e/ou de intervenção eficientes.

Segundo Tavares (2004), crise psicológica é um processo subjetivo de vivência, no qual condições internas e externas mobilizam uma pessoa e demandam novas respostas para as quais ela ainda não domina ou perdeu capacidade, repertório ou recursos capazes de dar solução à complexidade da tarefa em questão; essa definição, apesar de pontuar condições internas e externas, parece não incluir o contexto relacional familiar, social e cultural para a compreensão de crise.

Barreto (2007), com base na teoria sistêmica, entende a crise como a exaustão de um modelo relacional dentro de certo contexto. Considera o contexto soberano e dinâmico, decorrente de um processo histórico e responsável pela criação de modelos de interação, sejam afetivos, políticos, administrativos, econômicos, educativos ou religiosos. Para Barreto, a crise é formada pelo contexto e afeta o contexto; assim a crise de alguém (subjetiva) deve ser considerada como crise do grupo social em que vive e assim avaliada e tratada.

Pichon-Riviére (1988 citado por Gondim 2007), defende a lógica dialética e a noção de conflito nas relações para a compreensão de crise, tendo como

foco o vínculo e a complexidade das relações. Argumenta que, em cada situação no processo de interação, o mesmo sujeito pode apresentar estruturas diferentes a partir do uso de suas defesas, que dependem do vínculo em que estiver envolvido. Ao utilizar-se de defesas mal sucedidas para lidar com suas angústias, provoca um recuo em relação ao autoconhecimento e em relação adaptativa à realidade, enquanto que, ao reagir de maneira adequada, adquire capacidade de aprendizagem e adaptação ativa à realidade de enfrentamento de problemas.

A partir da puberdade, os jovens, pela primeira vez contam com sua própria capacidade para conduzir seu processo existencial, completar vazios existentes nas bases de sua experiência de vida e reavaliar situações, tanto da sua infância como do seu momento presente. As mudanças que ocorrem na puberdade são o ponto de partida para assumir um novo papel social e para construir sua própria identidade. A vida social e a exploração de capacidades pessoais são fundamentais na busca de autonomia, do amor e da amizade.

Entendendo crise como um momento de mudança do curso de um equilíbrio previamente estabelecido com o potencial desarticulador de aspectos psicossociais da pessoa, Costa (2006) considera este período, marcado por mudanças físicas e psíquicas profundas, propício para o desencadeamento de muitos transtornos psíquicos, emocionais ou relacionais. Diante das transformações biopsicossociais que ocorrem nessa fase de desenvolvimento, pode ser marcada tanto pelo crescimento físico e psicológico quanto para o adoecimento. O grande desafio é a distinção do que é a ocorrência de manifestações características dessa etapa ou sinais pré-clínicos (pródromos) de alguma doença psicótica. Porém, o fato de o sujeito apresentar sinais de crise ou só pelo fato de estar passando por etapas críticas da vida, não indica necessariamente que o sujeito esteja em crise.

Além da necessidade de tomar várias decisões sobre a sua vida, gradualmente vai tornando-se independente, mas sem assumir ainda responsabilidades. Espera-se que o jovem lide com todos os conflitos inerentes ao período pelo qual está passando de maneira a contribuir para seu amadurecimento e ingresse na vida adulta saudavelmente. Ao mesmo tempo em que este período está aliado a uma liberdade sem precedentes e com menor supervisão familiar, está associado também à diminuição de fatores de proteção, à medida que se afasta da família.

O desenvolvimento juvenil coloca em prova as forças e as fraquezas próprias, pois se trata de um momento estratégico no ciclo vital, um momento-chave para redirecionar situações de vida. Pode representar um terreno fértil para fomentar estratégias de resolução de problemas (Krauskopf, 2005), como pode também ser um período propício para desenvolvimento de comportamentos de risco como o uso de drogas, bebidas ou adoecimento a partir de agravamento de sintomas como angústia, ansiedade e baixa auto-estima, com conseqüências imprevisíveis (Beautrais, 1998; Turecki, 1999 e Houston, 2001).

Quando a situação de crise se instala, a dificuldade de resolução da nova condição gera insegurança, medo, sofrimento, frustração, raiva, sentimento de desamparo, enfim, sentimentos que muitas vezes acabam limitando ainda mais a capacidade de emissão de respostas criativas e adaptativas. Sendo assim, o momento de crise torna-se decisivo, pode levar a conseqüências graves, mas, por outro lado, respostas criativas promovem o desenvolvimento de novos recursos para enfrentar as demandas da vida e gera amadurecimento (Simon, 1989).

A fase juvenil tornou-se um período cronológico complexo para adquirir sentido em si mesmo e não ser vista como apenas uma fase de transição para a vida adulta. Este período determina a existência de trajetórias flexíveis e diversificadas,

com novos referenciais temporais na evolução do conhecimento e das práticas. A velocidade das mudanças, em um contexto de prolongação da vida, não permite que se tenha um horizonte de futuro certo e requer novas estratégias. Daí então se vê a necessidade de a juventude incorporar a imprevisibilidade, a necessidade de inovação e elaboração de maneiras criativas para lidar com as incertezas. Ser jovem é uma condição que está se expandindo, não apenas em relação à idade, mas também em relação à representatividade que esta possui na sociedade, inclusive com o surgimento de “identidades juvenis” propriamente ditas (Krauskopf, 2005).

A característica de exploração faz desta fase um período intenso de vida, mas excepcionalmente instável; é a fase de grandes sonhos e muita esperança, porém é uma fase de incertezas e ansiedade. Fase de liberdade, mas de confusão e medo. Tal instabilidade traz ansiedade, porém este estado faz parte do desenvolvimento normal das experiências de vida e pode desempenhar um papel propulsor do desempenho; por outro lado, quando o estado de ansiedade é desproporcional à situação que a desencadeia, pode passar a ser patológico.

De acordo com a teoria de desenvolvimento de Arnett (1998), o jovem tem idéia do percurso a percorrer e têm planos, mas estes planos podem ser revistos inúmeras vezes; esta revisão é consequência natural das suas explorações. Os planos são revistos cada vez que aparece um nova demanda acerca do futuro que eles querem. Esses planos e sua freqüente revisão fazem com que o jovem seja autofocado, é reconhecidamente a fase mais auto focada da vida, pois é a fase das possibilidades, quando o jovem tem a oportunidade de transformar sua vida. Portanto, essa característica é necessária e saudável, desde que seja temporária, pois assim desenvolvem habilidades para a vida diária e ganham melhor compreensão do que

querem fazer dela, significa o início da formação da estrutura de sua vida adulta, aprendendo a viver e ser auto-suficiente (Arnett, 2000).

CAPITULO 2 – JOVEM UNIVERSITÁRIO

Atualmente constatamos um aumento de tempo dedicado à educação. A maioria dos jovens pensa em terminar seus estudos para depois pensar seriamente em relacionamentos mais estáveis e constituir família. Tais obrigações da vida adulta impedem o caminho exploratório, de espontaneidade, significa o fim do sentido de “aberto para possibilidades” do jovem e o processo de identidade que começa na adolescência se intensifica na segunda fase da juventude, quando os jovens avaliam e são avaliados na medida em que se relacionam com outros (McCauley & Salter, 1995).

Essa fase e suas implicações para o desenvolvimento psicológico individual saudável, têm sido foco de atenção de muitos estudos, pois coincide com os anos universitários e configura-se como preparação para o mundo adulto. Segundo esses estudos, essa fase é propícia ao aparecimento de dificuldades, que podem significar oportunidades de crescimento ou de vulnerabilidade ao transtorno mental. Tal condição impõe ao jovem a necessidade de desenvolver mais estratégias de enfrentamento de problemas e autonomia. O resultado final desse período depende da forma como o indivíduo enfrenta a situação. A consolidação da fase do jovem adulto se dá entre as idades de 25 a 29 anos, e a expectativa parece ser que a estabilidade seja firmada até os 33 anos (Arnett, 2000; Lenz, 2004; Levinson, 1978).

Segundo D’Andréa (1984), a comunidade universitária está sujeita a crises, porém os alunos são os mais susceptíveis a ela, pela associação de duas condições peculiares a essa população: a fase de desenvolvimento em que se encontram e a condição de estudante universitário. O jovem que vai para a universidade é exposto a um número maior de desafios, incluindo a iniciação de novos papéis, desenvolvimento de novas redes sociais, separação da família e antigos amigos, mais exigências

acadêmicas, novas oportunidades; e assim adquire gradativamente maior independência e menor apoio dos pais.

Além desta realidade, não raro, associam-se a ela dificuldades emocionais e de consolidação de identidade que favorecem o aparecimento de sintomas como depressão e ansiedade, ou ainda o aparecimento de comportamentos inadequados para lidar com tais sintomas como: o uso de drogas e álcool, tentativas de suicídio, conflitos interpessoais graves, dificuldades acadêmicas, retenção e trancamento geral de matrícula (TGM) e/ou evasão (Dieskstra, 1997).

A entrada na universidade, além de apresentar novas exigências, representa um grande choque cultural, afeta grande parte dos estudantes, principalmente aqueles de classes sociais menos favorecidas e de minorias sociais, que dependem de programas institucionais de assistência para se manterem na universidade.

2.1 - Jovem Universitário e Moradia Estudantil

A realidade da situação das moradias estudantis acompanha paralelamente todo o processo de surgimento da Universidade Brasileira (Sousa, 2005). No Brasil, os primeiros cursos de nível superior surgiram a partir de 1812, após a chegada da Família Real. No início do século XX, em 1931 foi estabelecido o Estatuto das Universidades Brasileiras, fruto da revolução de 1930 (Penin, 2001).

O papel da Universidade na educação do indivíduo e da coletividade efetiva-se na medida em que a democratização faça parte do seu processo de viabilização de acesso à educação superior gratuita, bem como de garantir as condições da permanência e conclusão do curso dos que nela ingressam. É necessário associar a qualidade de ensino uma política efetiva de assistência, a fim de atender às necessidades básicas de moradia, de alimentação, de saúde, de esporte, de cultura, de lazer, de

transporte, de inclusão digital, de apoio acadêmico e de outras condições. Na medida em que as universidades foram surgindo, houve uma maior procura de jovens para o ensino superior.

No Brasil, somente a partir da década de 60 é que a juventude de classes socioeconômicas mais baixas passou a ter maior acesso à universidade, o que até então era privilégio dos ricos (Laranjo & Soares, 2006). O interesse pelo estudo fazia com que muitos jovens se deslocassem de várias partes do país, deixando suas cidades de origem em busca de formação acadêmica. Muitos estudantes apresentavam dificuldades com alimentação, vestuário, livros e alojamento para permanecer na universidade. A necessidade desses estudantes de se estabelecerem no lugar em que estava sediada a universidade levou a uma série de reivindicações e lutas. Paralela aos movimentos estudantis, no período do regime militar, uma história conturbada por mortes e invasões marcou a origem da moradia universitária. Assim, as instituições acabavam por assumir a responsabilidade de manutenção de algumas necessidades básicas do aluno que não dispunha de recursos (Sousa, 2005).

As primeiras referências definiram o campus como espaço de uso coletivo, abertos a livre circulação de cidadãos, ligados ou não à instituição universitária sendo, portanto, onde as relações entre os membros da comunidade universitária são compartilhadas com moradores e frequentadores. Porém, a partir do século XX, houve um abandono das questões de relações com o meio urbano e com a população não universitária do entorno, e o novo campus, com suas áreas delimitadas, reduziu a interação universidade e sociedade, causando um estreitamento nas relações com o meio em que se insere. Perde o aspecto de continente, passa a ser contido: a cidade em seu crescimento desordenado não invade o território da universidade, nem esta invade o da cidade. A partir daí, ocorre o isolamento das construções pré-definidas. Nesse contexto

é que surgem os programas de alojamentos universitários, destinados à moradia de professores, alunos e funcionários das instituições de ensino superior (Fernandes, 1974).

Ao longo do tempo, as Casas Estudantis foram adquirindo o *status* de instituição, com finalidades determinadas e com reconhecimento de cumprirem seu papel social no contexto da vida universitária. Porém, esta institucionalização não significou uma sistematização na maneira de criação, construção, funcionamento e organização política dessas moradias. As pessoas responsáveis pelo gerenciamento das casas são os representantes da rede institucional formal. Os estudantes que ali residem acabam por constituir um grupo informal de redes e relações, passando a ter suas regras de conduta e de relacionamento. Com o tempo, tais regras inevitavelmente se institucionalizam, formando redes de poder e de influências paralelas, que em muitos casos são mais dominantes ou poderosas do que as redes, regras e normas formais da instituição.

O planejamento do setor residencial da UnB ocorreu paralelamente à construção da universidade. Segundo Vilela (2003), o plano orientador da UnB previu um conjunto de habitações para estudantes composto por oito blocos, sendo sete para abrigar as residências estudantis e um para o clube social. Concebido inicialmente, próximo aos edifícios de ensino e pesquisa, constituiria um pólo dinâmico na vida do Campus. A coexistência entre os setores residencial e esportivo estava prevista no plano original, porém de acordo com o plano deveria ser do lado oposto ao que foi construído, de difícil acesso e isolado do restante da universidade. Por razões pouco divulgadas na época, o projeto foi alterado e um outro projeto completamente diferente do original foi criado às pressas e a obra concluída em 1972, com apenas dois do conjunto de oito prédios projetados.

Aquela área destinada ao setor residencial abrigaria exclusivamente os alojamentos do corpo docente da universidade. Os professores dispunham de um local privilegiado para as suas moradias, que mais tarde veio a ser expandida com a construção de novos blocos de seis pavimentos, chamado de Colina Nova. Estava institucionalizada a segregação entre as habitações para professores e estudantes da UnB, dando início à luta dos estudantes por condições de moradia dentro do Campus da UnB. A partir daí, houve várias tentativas de estabelecer algum tipo provisório de moradia no campus, mas somente em 1970 os alojamentos de estudantes foram instalados de maneira definitiva. O programa de necessidades elaborado foi considerado adequado, pois atendia às necessidades físicas, psicológicas e estudantis moradores (Vilela, 2003).

Embora a diversidade em todos os aspectos seja um dado da realidade das casas estudantis, existem algumas características que lhes são comuns e estão necessariamente vinculadas a ela. A primeira é que essas casas são ocupadas por estudantes universitários que vêm de outras cidades. Outra é a condição socioeconômica destes estudantes, que determina a busca por moradia coletiva e sem custos. Assim, as casas estudantis reúnem pessoas que investem na escolarização como uma forma de encaminhar suas vidas, em busca de uma carreira, tendo, para isso, que deixar seu lugar de origem, afastando-se de suas famílias e de todo contexto de vida que levaram até o momento de ingresso na Universidade, para morar com outras pessoas de condições semelhantes, porém desconhecidas.

O contexto das Casas de Estudantes caracteriza-se por um agrupamento de pessoas para atender a necessidades de moradia em uma instituição de ensino, que se tornou um espaço de relações entre pessoas, que convivem cotidianamente num envolvimento afetivo íntimo. A complexidade das relações nas

moradias estudantis gera um campo de tensão inserido em um contexto que as associa a uma gama diversificada de variáveis como: peculiaridades da população jovem, projeto de carreira, separação das famílias; vida coletiva com todas as implicações que representa sobre privacidade e convivência. O relacionamento cotidiano representa um desafio para o jovem que, assumindo novas responsabilidades, se depara com exigências das mais diversas.

A exclusão social é mais um dado de realidade, pois ao se incluírem como universitários voltam a ser excluídos quando são designados estudantes de baixa renda, usuários de assistência universitária. No entanto, a moradia estudantil compreendida como direito conquistado, a vivência da exclusão passa a ser uma condição transitória criada para possibilitar a concretização da formação de nível superior, iniciar seus planos de carreira e assim criar condições de vida melhor, se comparada àquela que tinham antes de ingressar na Universidade (Sousa, 2005).

Em estudo realizado com alunos da graduação, residentes em moradia estudantil em São Paulo, Laranjo & Soares (2006) analisaram a moradia estudantil como espaço de socialização juvenil e observou-se que:

- Existe uma visão negativa, estigmatizante, sobre a moradia relacionada com a constante divulgação de fatos conturbados, como por exemplo, o uso de álcool e drogas como forma de buscar alternativas para os problemas que enfrentam.
- A superação das expectativas sobre a convivência na moradia parece estar na dependência de encontrar pessoas que, ao contrário do estigma são “normais”.
- A decepção com a convivência é atribuída ao individualismo dos estudantes, que não têm espírito coletivo.
- Os padrões de comportamento dos estudantes são percebidos como alterados em função do isolamento a que ficam submetidos aos finais de semana. Poucos

conseguem visitar a família com frequência e a solidão foi apontada como consequência desse isolamento.

Além das dificuldades sociais relatadas, existe consenso entre vários estudos realizados com universitários, de que o fato de morar longe da família aumenta a chance de uso de drogas. Essa associação pode colaborar para a manutenção do estigma de que morar em alojamentos estudantis significa ser liberal com relação ao consumo de drogas. (Andrade e cols.,1997 & Boskovitz e cols., 1992).

Os estudos epidemiológicos (Laranjo & Soares, 2006) sobre consumo de drogas entre universitários se caracterizam pela sua natureza descritiva e multifatorial, com preocupação em estabelecer as drogas mais usadas, o padrão e os fatores que podem levar ao uso, perfil do usuário e as atitudes do usuário em relação ao consumo. Estudos qualitativos sobre a associação entre as variáveis que fazem parte do contexto da moradia estudantil carecem de maior aprofundamento para ampliar a compreensão do significado de morar em residências estudantis e viver a socialização juvenil sob tais condições.

2.2 – Jovem Universitário, Estresse e Modos de Enfrentamento.

Os universitários fazem parte de um grupo particularmente propenso ao estresse, devido às exigências de natureza da fase transicional pela qual estão passando, a necessidade de adaptação ao novo contexto estudantil, ao novo ambiente social, ao afastamento da família, além da necessidade de manter um bom desempenho acadêmico.

A Avaliação Americana de Saúde de Universitários, realizada em 2003 (American College Health Association), concluiu que o estresse é o principal obstáculo para o bom desempenho acadêmico, está no topo das dez principais dificuldades

encontradas pelos estudantes, incluindo dificuldades de relacionamentos, problemas familiares e ou com amigos, distúrbios de sono e outras doenças. Muitos sintomas emocionais e físicos foram comuns entre a população avaliada, como: fadiga, hipertensão, cefaléias, depressão, ansiedade e dificuldade de lidar com o estresse.

O estresse, termo usado pelo senso comum para designar o contrário da calma ou relaxamento, refere-se, em termos médicos, a um vasto conjunto de fortes estímulos externos, tanto fisiológicos como psicológicos responsáveis por uma resposta designada por Hans Selye (1982) como “síndrome geral de adaptação”. Do ponto de vista psíquico, o estresse se traduz na ansiedade. Portanto, trata-se de uma atitude fisiológica normal, responsável pela adaptação do organismo às situações de perigo. A partir de um ponto excedente, a ansiedade, ao invés de contribuir para a adaptação, concorrerá exatamente para o contrário, ou seja, para a falência da capacidade adaptativa.

Para Selye (1982), as respostas físicas induzidas por estresse podem ser evidenciadas através de problemas de comportamento com conseqüências graves, envolvendo diversas situações de risco, como o uso de drogas e álcool, acidentes automobilísticos e outros comportamentos destrutivos que expõem o jovem ao risco de morte. Observam-se ainda indicadores de sofrimento subjetivo, como depressão, ansiedade, agressividade e dificuldade de controle de impulsos.

Segundo Ballone (2002), o estresse pode ter um efeito muito negativo quando ocorre em excesso ou durante muito tempo (ansiedade patológica). Se não há um período de recuperação depois da fase de tensão, algumas doenças podem ocorrer levando o organismo ao esgotamento, quando a pessoa esgota sua capacidade de adaptação e a qualidade de vida fica seriamente comprometida. Porém, o estresse, pode ter um efeito positivo, acontece quando o organismo produz energia necessária para

uma postura de alerta e de ânimo, melhorando a adaptação e a produtividade, motivação e criatividade. No entanto, fisiologicamente não é possível ficar alerta por tempo indefinido, necessitando sempre de período de repouso e recuperação.

O estresse é uma resposta vital em meios altamente competitivos. Antes de uma corrida, de um exame ou de uma reunião importante, o batimento cardíaco e a pressão sanguínea sobem. A pessoa fica mais alerta, mais focada e eficiente. Porém, não havendo período suficiente para a recuperação desse esforço psíquico, o qual restabeleceria a saúde, ou persistindo continuamente os estímulos de ameaça que desencadeiam a reação de estresse, nossos recursos para a adaptação acabam por esgotar-se.

O esgotamento, como diz o próprio nome, é um estado onde nossas reservas de recursos para a adaptação se acabam, quando há falência adaptativa devido aos esforços emocionais para superar uma situação indesejável persistente, do ponto de vista subjetivo ou objetivo. Por outro lado, quando a pessoa não dispõe de estabilidade emocional suficientemente adequada para adaptar-se a estímulos não tão traumáticos, também pode ocorrer o esgotamento (Ballone, 2002).

As situações que mobilizam o sujeito e exigem alguma forma de adaptação são chamadas de eventos de vida. Esta adaptação demanda, em geral, novos recursos. Ou seja, o indivíduo, diante de uma situação adversa, tende a procurar novas formas de enfrentamento para lidar com ela; assim, esta situação adversa constitui eventos de vida estressores (Holmes & Rahe, 1967).

Portanto, os eventos de vida são fatores estressores e acionam mecanismos de enfrentamento. A falta de recursos internos para lidar com os eventos de vida e/ou o acúmulo destes podem gerar crise com necessidade de adaptação, e o desfecho poderá ser positivo ou negativo.

A maneira de enfrentamento das demandas da vida universitária está diretamente relacionada às características da infância, maneiras de educação e relacionamento entre pais e filhos.

Estudos longitudinais (Ferguson, Woodward e Horwood, 2000), que examinaram as associações entre eventos adversos de vida na infância e saúde mental, relataram a existência de relação positiva para a ocorrência de como transtornos de humor, ansiedade e a tendência a exposição a eventos estressores durante a adolescência e início da vida adulta.

A influência dos eventos de vida negativos durante toda a vida sobre a saúde mental é postulada por Dusselier e cols. (2005), com alta correlação entre eventos adversos durante a vida e a existência de psicopatologias e distúrbios de comportamento.

Arnett (1998) afirma, em seus estudos, que, apesar de nem todo jovem ter estresse, é a fase em que se tem a maior probabilidade de desenvolvê-la, mais do que em qualquer outra faixa etária, dependendo da cultura e das diferenças individuais existentes.

Schowalter (1995) refere-se a esta fase como período de transição entre o apoio integral dos pais à auto-suficiência paralela ao desenvolvimento físico, psicológico e social, sendo este também o período considerado mais propício para o desenvolvimento de dificuldades emocionais e transtornos alimentares, ansiedade e depressão, aumento também para homicídio, suicídio e comportamento anti-social.

Em estudo recente, sobre eventos de vida e risco para o suicídio entre universitários, Montenegro (2005) sugere que o contexto universitário contribui para aumento de estresse do jovem adulto que, naturalmente, se encontra em processo de

elaboração de várias questões existenciais, e relata que universitários em situação de risco apresentam rendimentos acadêmicos mais baixos e maior número de trancamentos ou abandonos.

O estresse excessivo está associado à redução de desempenho, à aquisição de maus hábitos, e podem resultar em conseqüências negativas ao longo do tempo, incluindo uso de álcool e drogas, envolvimento em delitos, absenteísmo, pobre desempenho acadêmico e fracasso profissional (Grace, 2004; Gadzella, 1992; Dusselier, Dunn, Wang, Shelley e Whallen, 2005). As causas mais comuns que originam estresse entre universitários são: mudanças nos hábitos de sono, férias e folgas, mudanças nos hábitos alimentares, aumento na carga de trabalho e novas responsabilidades (Ross, Niebling e Heckert, 1999).

2.3 – Jovem Universitário e Comportamento de Risco

Grace (1997) constatou em suas pesquisas que, entre a população geral, os jovens universitários são reconhecidamente aqueles que experimentam maiores níveis de morbidade, inabilidade e mortalidade. Relaciona tal fato, de maneira geral, a maior exigência a que os universitários são expostos por fatores: desenvolvimentais, ambientais e comportamentos de risco.

Os tipos de ocorrências têm mudado com o passar de poucas décadas, mas muitos programas de saúde não estão adaptados a essas mudanças. Dentre os comportamentos de risco o abuso do álcool tem sido identificado como o principal fator desencadeante dessas ocorrências, Grace (1997) encontrou evidências de grande associação entre o consumo exagerado de álcool entre universitários americanos com acidentes automobilísticos, mortes e problemas físicos, comportamento violento e com

dificuldades emocionais. Grande parte das conseqüências dessas associações está relacionada com problemas acadêmicos que ocorrem no campus.

Dados epidemiológicos brasileiros (Murad, 1997; Keer-Correa, Simão e Martins, 2001) apontam para uma grande prevalência de uso exagerado de álcool sobre o fumo e ingestão de outras drogas, sendo que o maior usuário é do sexo masculino. O abuso de álcool por universitários representa um problema de saúde pública importante e, apesar de ser foco de muitos programas de atenção, prevenção e intervenção, o envolvimento de vários órgãos (universidades, governos e imprensa) ainda não têm sido suficientes para oferecer propostas efetivas de ação (Keer-Correa, Simão e Martins, 2001).

No Brasil, o consumo de álcool e drogas tem aumentado significativamente nos últimos anos e esta relação tem acontecido cada vez mais precocemente (Fiorini e Alves, 1999). A associação entre consumo de drogas e atos de delinqüência juvenis entre estudantes universitários tem revelado que os usuários de álcool e drogas cometem, significativamente, mais atos anti-sociais que os não-usuários. Além dos comportamentos negativos, existe uma relação negativa entre compromisso e sucesso acadêmico com o uso de substâncias, principalmente no início do segundo grau. Observa-se também que aqueles estudantes que tiveram maior sucesso acadêmico nos anos anteriores a universidade são menos propensos a se envolverem com álcool e drogas durante o período universitário (Castro e col., 1988).

Segundo estudo sobre práticas de ingestão alcoólica entre calouros de quatorze (14) universidades de Massachusetts (Weschler & Isaacs, 1992), a prática do “bingue drinking”, em inglês que significa em português beber se embriagando, é a característica mais perigosa de consumo entre jovens universitários. Este jeito de beber caracteriza-se pela ingestão de cinco drinques ou mais por vez, mais de duas vezes no

período de quinze (15) dias. Nesse estudo, as pessoas que se embriagaram relataram envolvimento sexual não planejado, ter dirigido alcoolizada ou ter estado em companhia de motoristas alcoolizados (Dimeff e col., 2002).

Os calouros parecem ser particularmente vulneráveis a exceder-se no consumo de álcool, como também a submeter-se a riscos associados ao mesmo (Baer e col., 1994; Meilman e col., 1990; Pope e col., 1995). Pesquisas com essa população mostraram que, de fato, jovens aumentam seu consumo de álcool após entrarem na universidade e muitos afirmaram consumir mais álcool no primeiro ano de curso do que em outros períodos da vida acadêmica. Os episódios repetidos de embriaguez vão diminuindo, para a maioria dos universitários, conforme eles ficam mais velhos e assumem mais responsabilidades (Johanson & Marlatt, 1989).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta para a escassez de estudos brasileiros relacionados com acidentes e violência. Entre os trabalhos encontrados, cita a análise toxicológica para álcool, cocaína e barbitúricos; nos casos de mortes não naturais em São Paulo, os resultados mostraram maior incidência do álcool nessa relação do que das outras drogas analisadas (Carlini-Cotrin, 2000).

Os estudantes podem consumir álcool em uma variedade muito grande de contextos, incluindo a república estudantil ou casa do estudante dentro do campus, bares ou festas em casa de amigos. O consumo excessivo de álcool no campus tem sido referido por mais de 50% dos estudantes em muitas pesquisas (Clapp & Mc Donnell, 2000; Wechsler, Dowdall, Maenner, Gledhill-Hoyt e Lee, 1998). Estes dados têm sido associados significativamente a uma série de ocorrências de comportamento de risco, incluindo fumo, drogas, atividade sexual descontrolada, andar armado, violência e dirigir bêbado.

Windle (2003) demonstrou que existe um índice mais elevado de consumo de álcool entre universitários do que entre a população de mesma faixa de idade não universitária. Demonstrou, também, altos índices de efeitos adversos secundários ao uso do álcool em estudantes que não beberam causados por aqueles que tinham ingerido elevada quantidade de álcool, tornando-se vítimas de agressão física direta. Um exemplo é a associação de álcool e direção; um comportamento muito comum entre grupos de jovens é praticar racha (corrida) ou apresentar manobras perigosas para os amigos. Ambos os casos representam risco para aqueles que beberam e para aqueles que não ingeriram álcool. Portanto, o consumo de bebida dentro do campus pode ter efeitos negativos tanto para estudantes que bebem quanto para os que não bebem.

A combinação álcool e drogas tem sido considerada como fator muito importante quando se estuda desempenho acadêmico e o resultado tem sido comumente desastroso. Há indicações de que o consumo exagerado de álcool está associado a inúmeros problemas de adaptação dos universitários, como reprovação, dificuldades de relacionamento, vandalismos e estrupos (Perkins & Berkowitz, 1986).

O consumo de álcool e substâncias psicoativas, lícitas ou ilícitas em diferentes níveis, significa comportamento autodestrutivo. Como consequência dessas ações destrutivas, além de se expor a riscos das mais variadas ordens, acaba por favorecer a exposição de colegas às mesmas situações. O quadro configurado pode sinalizar necessidade de auxílio e apoio que o universitário, por desconhecimento, falta de compreensão da situação ou mesmo falta de orientação, pode ter dificuldades para aceitar e/ou para buscar ajuda ou, ainda, não valorizar a necessidade dela.

Em recente pesquisa, Lenz (2004) avaliou a correlação entre o uso de fumo, álcool e outras substâncias com sintomas de depressão de universitários e

encontrou uma maior correlação entre o sintoma e consumo de álcool e drogas entre universitários pertencentes às fases iniciais de estudos. Lenz relacionou uma série de justificativas para este fato, pois são jovens que estão expostos às novas demandas, como a separação dos pais, convívio com novos companheiros, pressão acadêmica por um bom desempenho e nem sempre apresentam mecanismos de enfrentamento satisfatórios para estas exigências.

Dentre as reações negativas como forma de enfrentar situações novas, o suicídio está direta ou indiretamente ligado aos comportamentos autodestrutivos da população universitária, principalmente entre aqueles com histórico ou sintomas de depressão. (Rohling, Arata, Bowers, O'Brien e Morgan, 2005; Silverman, Meyer, Sloane, Raffel e Pratt, 1997).

O suicídio, por suas várias definições, complexidades e por envolver a interação de um grande número de variáveis, tem sido foco de muitos estudos. Sua classificação pode variar de acordo com o tipo de variáveis contidas (motivação, intencionalidade, ideação, método utilizado e sua letalidade, circunstâncias, etc.). Segundo Cassorla (1994), para facilitar a percepção do clínico e do investigador, frequentemente se utiliza “*ato suicida*” para toda a situação em que o indivíduo cause lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau da intenção letal e de conhecimento do verdadeiro objetivo do ato.

A noção de que o suicídio sempre está associado a uma idéia central de terminar com a própria vida e que é o componente autodestrutivo presente em várias condições e determinados estilos de vida, que podem resultar em mortes por causas “naturais”, possibilita conceber o comportamento suicida ao longo de um continuum: a partir de pensamentos de autodestruição, passando por ameaças, gestos, tentativas de

suicídio e finalmente, suicídio (Werlang & Botega 2004). Essa é uma definição abrangente que foi apoiada pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Nos Estados Unidos, a incidência de suicídio entre adolescentes e jovens triplicou entre os anos de 1950 e 1980 (Haas, Hendin e Mann, 2003) e tem sido a terceira causa mais importante de morte na população universitária (18-24 anos).

No Brasil, em um estudo realizado nas capitais brasileiras, o suicídio entre jovens de 15 a 24 anos, aumentou 42,8% entre os anos de 1979 a 1998 (Souza, Minayo e Malaquias, 2002). O Brasil está, segundo a OMS (2000), entre os países que apresentam taxas de suicídio moderadamente baixas, porém, segundo análise dos dados disponíveis do DATASUS (Mello-Santos, Bertolote e Wang 2005), a taxa de suicídio cresceu 21% em 20 anos, sendo os jovens de 15 a 24 anos o grupo no qual se observou maior crescimento das taxas de suicídio nesse período.

Esses índices são preocupantes; no entanto não parecem refletir dados da realidade, pois a existência de subnotificação de ocorrências de mortes por suicídio parece ainda ser uma variável pouco controlada. Essa subnotificação pode ocorrer das mais variadas formas, por manipulação da causa mortis pela família, pelo significado de exposição demasiada a situações de risco, pela preocupação na divulgação de fatos como método incentivador desse comportamento.

Em nossa sociedade, existem ainda muitos tabus e crenças em relação ao ato suicida, e, por desconhecimento, insegurança ou por outros diversos motivos, as ações adequadas e necessárias para amenizar esse comportamento ainda são tímidas, convivendo ainda com a permanência da intocabilidade de um problema do qual não se sabe como lidar.

Estudos realizados sobre o comportamento suicida e universitário demonstraram a existência de uma forte relação entre sintomas depressivos e tentativas

e/ou suicídio. Apesar de que nem todos os estudantes participantes destas pesquisas que apresentavam sintomas depressivos consideravam o suicídio como opção, os sintomas depressivos estavam presentes na maioria daqueles que fizeram tentativa de suicídio. Além da vulnerabilidade ao comportamento suicida, parece haver uma relação positiva entre universitários que apresentavam humor deprimido, dificuldade de identidade, desesperança, mal-estar e problemas de relacionamento. Segundo estes autores, ser universitário, por si só, não significa fator de risco; além disso, a taxa de suicídio entre a população de adultos jovens não estudantes é mais alta; entretanto, o número de estudantes que relataram considerar seriamente o suicídio ou que fizeram alguma tentativa foi muito significativo (Kisch, Leino e Silverman, 2005).

A OMS (2000) considera que o aumento de indicadores de risco para suicídio faz parte do período de desenvolvimento pelo qual os universitários estão passando, fase em que o desejo de morte pode estar presente como maneira de fugir dos novos desafios que enfrentam. Entretanto, a insatisfação emocional entre universitários, particularmente entre aqueles com sintomas depressivos, pode contribuir para a ideação suicida e para comportamentos de risco para o suicídio mais do que a OMS preconiza como esperado para esta idade.

Atualmente, muitos estudos têm reconhecido o campus universitário como um local onde pode acontecer uma variedade de violências e delinquências, e afirmam ainda que comportamentos autodestrutivos e de delinquência possam ter aumentado durante o período da universidade (McCauley, A. P. 1995; Rohling, Arata, Bowers, O'Brien e Morgan, 2005). Além do estresse gerado pela maior exigência das novas demandas do contexto universitário, existe outro fenômeno com que temos freqüentemente nos deparado na literatura, que é a combinação da exposição ao álcool e drogas e, simultaneamente, maior liberdade pessoal.

Apesar da gravidade do quadro atual dentro dos campi universitários, menos de 20% dos estudantes com dificuldades, ou que relatam ideação suicida nas pesquisas, têm recebido algum tipo de atenção (Kisch, Leino & Silverman, 2005). Porém, algumas instituições de ensino (Hansen 1998; Tavares, 2004; McGinn e Pasquale, 2004) implantaram serviços de apoio ao estudante no campus e sugerem a necessidade urgente de serviços trabalharem integrados com a universidade na prevenção de adoecimento, delinquências, comportamentos autodestrutivos e até mesmo suicídio.

2.4 – Jovem Universitário e Saúde Mental

A preocupação com a saúde mental do estudante universitário surgiu a partir do reconhecimento de que os universitários passam por uma fase naturalmente vulnerável, do ponto de vista psicológico, e de que a responsabilidade em ajudá-los, nesse momento, é da instituição em que estão inseridos. No Brasil, alguns trabalhos pioneiros chamavam a atenção para a necessidade de assistência formal a essa população (Loreto, 1972; Fortes, 1972 e Albuquerque, 1993).

Atualmente, universitários, em face dos rituais de deixar a casa dos pais e amigos antigos para ingressar na vida universitária, deparam-se com muitas pressões, novos relacionamentos e exigências acadêmicas. Neste contexto é crescente o número de estudantes que adoecem vítimas de depressão e outras desordens psiquiátricas (Voelker, 2003).

Abordar os conceitos de ansiedade e depressão implica necessariamente na referência a um conjunto de sentimentos e emoções que envolvem o ser humano no seu todo, como um ser biopsicossocial qualquer alteração psicológica que afeta o indivíduo no seu todo afeta o contexto com o qual convive (Sluzki, 1997).

De fato observou-se que, nas últimas décadas, houve um aumento significativo do número de casos de depressão no período da juventude. A pesquisa do FONAPRACE (2004) refere que 36,9% dos universitários das IFES brasileiras sofrem de algum tipo de alguma dificuldade emocional significativa ou crise emocional durante o último ano, desses, 36,9% foram acometidos por essa dificuldade quando estavam no fim do curso e 39,5% tiveram problemas quando estavam no início do curso. Em contraposição, apenas 5,5% dos estudantes já procuraram atendimento psiquiátrico e 27,3% já procuraram atendimento psicológico em algum período da vida.

Os estudantes apontam as dificuldades financeiras como a maior fonte geradora de problemas emocionais, seguidas das questões de relacionamento social. De maneira geral o jovem depara-se com várias situações novas, pressões sociais, favorecendo condições próprias para apresentarem flutuações de humor e mudanças expressivas no comportamento.

A literatura sobre a saúde da população de jovens apresenta uma variedade muito grande de conseqüências negativas, como ideação suicida, uso de álcool, fumo e ou drogas, associadas às experiências de estresse. Ressaltam que aqueles estudantes que experienciam mais eventos adversos na vida manifestam maiores índices de ansiedade, depressão e adoecimento (Gadzella, 2004).

Diante desses dados de realidade, entendemos que a vulnerabilidade ao sofrimento psíquico entre os universitários está relacionada a vários fatores que incluem: história de vida, cognição, tipos de personalidade e formas de enfrentamento que o indivíduo possui para lidar com situações de mudanças ou outros eventos adversos, contingências do período de desenvolvimento pelo qual estão passando, ingresso no mundo acadêmico, superação de dificuldades emocionais e/ou conflitos bem como exposição a riscos.

Estudos demonstram uma grande incidência de distúrbios psiquiátricos e comportamentos autodestrutivos na população de universitários. Serviços de saúde mental documentam um aumento de estudantes doentes; o número de deprimidos e o uso de medicação psiquiátrica dobrou entre os anos de 1989 a 2001 (FONAPRACE, 2004; Carlini, 2000; Turecki, 1999; Beautrais, 2003).

Em algumas pesquisas tem sido encontrada a co-ocorrência de depressão e uso de álcool, cigarro e drogas que levam à crença na existência da conseqüente relação entre estes fatos, pois o uso de substâncias estimulantes pode causar alterações no comportamento do jovem. (Lenz, 2004).

A fase próxima ao final da adolescência e início da vida adulta (18 a 25 anos) é reconhecida pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000) como propícia ao aparecimento de alguns sinais que podem ser manifestações da forma como os jovens lidam com as angústias próprias da fase de desenvolvimento psicológico e social pelo qual estão passando.

Reações comumente apresentadas nesta fase podem significar um período pré-psicótico, ou seja, antes de uma crise psicótica a pessoa apresenta sinais, ainda não considerados sintomas observáveis, denominados pródromos. Sintomas específicos antecedem a psicose e são acompanhados de sintomas reativos não específicos. Porém, a presença de tais sinais, se não seguidos de sintomas (positivos ou negativos), não caracterizam uma psicose, mas podem sinalizar a necessidade de atenção para o sofrimento (Carvalho, 2006). Os pródromos ocorrem quando o sujeito frente a uma situação nova e desafiadora não consegue soluções novas e criativas, e o seu repertório não responde às necessidades do contexto (Barreto, 2007) e assume posições rígidas e extremistas com conseqüente formação de sintomas.

O termo pródromo se refere ao período que antecede um distúrbio psicótico e que representa mudança de comportamento e experiências pessoais. A formação de sintomas psicóticos não se dá de maneira abrupta; ao contrário, na fase anterior à prodrômica da crise ocorrem mudanças graduais no comportamento e no funcionamento psíquico da pessoa. Os sinais mais freqüentemente descritos na literatura são atenção e concentração reduzidas; desejos e motivação prejudicados; humor depressivo, alterações no sono e no apetite; ansiedade; isolamento social; suspeição; irritabilidade e funcionamento prejudicado das funções psíquicas (Yung e McGorry, 1996).

Dentre os agravos à saúde mental dos jovens, encontramos algumas situações particularmente delicadas que demandam ações de prevenção e reabilitação para reverter o quadro atual a que está exposta a juventude. Os quadros psicóticos merecem atenção especial, tanto pelos prejuízos imediatos que causam ao indivíduo quanto pelas restrições que podem determinar no seu futuro desenvolvimento. Durante o período agudo, a psicose está freqüentemente associada ao risco de suicídio e à exposição a outras situações igualmente de risco psicossocial, como uso de drogas, comportamento violento, envolvimento em acidentes, internação psiquiátrica e início de uma carreira manicomial (Saggese e Leite, 1999).

Apesar do limite entre as reações comuns que os jovens apresentam como forma de enfrentar as dificuldades dessa fase de desenvolvimento e das reações como ocorrências de sinais pré-clínicos e prodrômicos de alguma psicose ser muito tênue, é de extrema importância que se intervenha rapidamente no sentido de um diagnóstico mais apurado e um tratamento adequado.

Baseando-se na teoria sistêmica e em consonância com a concepção de promoção de saúde da Organização Mundial de Saúde (Carta de Otawa, 1986), que

criou um novo conceito de saúde, o GIPSI trabalha partindo do pressuposto de que apesar da existência de processos de adoecimento, os fatores saudáveis sempre estão presentes no funcionamento humano. Portanto, qualquer expressão de sinais prodrômicos é inerente à condição humana e estão vinculadas a contextos e significados específicos (Costa, 2007).

O planejamento de estratégias de intervenção personalizadas, respeitando as individualidades e capacidades do paciente, incluindo a participação de seu contexto relacional, fortalece os aspectos saudáveis, propicia a visão ampliada da relação entre saúde e doença e potencializa as capacidades do indivíduo e seu campo relacional, podendo produzir novas formas de relacionamento e enfrentamento dos problemas (Bertolote & McGorry, 2005).

A forma de enfrentamento pode decidir o desfecho de uma crise, com solução positiva ou negativa. Dependendo de suas características a rede social interfere significativamente sobre o *copping* e pode ser tanto de forma positiva quanto negativa. Segundo Sluzki (1997), a rede social pessoal é definida como:

“A soma de todos os relacionamentos que são significativas para o indivíduo e contribui para seu próprio reconhecimento como indivíduo e sua auto-imagem e pode exercer funções complexas importantes sobre o indivíduo”. (p. 41).

A participação da rede social, ou seja, o contexto social em que está inserido (família, amigos) passa a ser fundamental na identificação de mudanças de atitudes e auxiliar no apoio e encaminhamento para o tratamento que se fizer necessário.

A primeira rede social a que pertencemos é a família, mas não se limita a ela, as redes incluem todo o conjunto de vínculos interpessoais. Com base na interação com os outros, a identidade se constitui, se constrói e reconstrói constantemente durante nossa vida. A rede social pessoal estável, ativa e confiável protege a pessoa, atua como agente de ajuda e acelera o processo de cura, e, ao contrário, a presença de doença em

uma pessoa deteriora a qualidade de sua relação social e diminui, a longo prazo, a possibilidade de acesso a sua rede social. Dessa maneira a qualidade da rede social influencia diretamente a qualidade de saúde pessoal (Sluzki, 1997).

O acúmulo de exigências aliado às contingências pessoais e/ou contextuais podem resultar em falhas de enfrentamento e levar a uma série de comportamentos e ou sintomas. As necessidades semelhantes, observadas entre os universitários moradores, possibilitam que estes deixem de ser apenas um grupo de desconhecidos e formem uma rede social importante. Os estudantes usuários da moradia estudantil, como rede social no seu relacionamento diário, possibilita o fortalecimento de condições individuais e do apoio mútuo para enfrentamento de adversidades, onde as dificuldades possam ser compartilhadas e mudanças significativas entre eles sejam rapidamente observadas.

A observação e a rápida detecção de pródromos possibilitam ações terapêuticas imediatas, colaborando no sentido de intervir rapidamente, minimizar o sofrimento e impedir a cronificação de sintomas, ou seja, oferecer tratamento efetivo mais cedo possível, assegurando que a intervenção seja a melhor prática naquele momento (Mc Gorry & Edwards, 2002).

Costa (2007) utiliza o termo intervenção precoce para referir-se a intervenções imediatas, sem necessariamente se fazer distinção das estruturas neuróticas ou psicóticas, e propõe que:

“A intervenção precoce refira-se às ações terapêuticas (medicamentosas, psicológicas e relacionais) imediatas, em primeira crise de sofrimento psíquico grave, utilizadas o mais cedo possível, com o objetivo de diminuir os efeitos deletérios dos fatores processuais condicionantes, particularmente nos casos em que se detectam sinais ou sintomas de altos níveis de angústia, o mais cedo possível...” (p.117).

2.5 – jovem Universitário e Qualidade de Vida

A Organização Mundial de Saúde define a Qualidade de Vida (QV) como a percepção individual da posição na vida, do contexto, da cultura e sistemas de valores em que se vive e em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Trata-se de um conceito amplo, complexo e multidimensional que inclui saúde individual, física, estado psicológico, nível de independência, relação social, crença pessoal e sua relação com o meio ambiente. Assim é subjetiva e possui aspectos positivos e negativos (OMS, 1995).

O interesse em conceitos como padrão de vida e qualidade de vida foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. O crescente desenvolvimento tecnológico da Medicina e ciências afins trouxe, como uma consequência negativa, a crescente desumanização, usando-se o termo qualidade de vida e funcionamento como sinônimos, transformando esse importante ideal em um conceito quantitativamente mensurável a ser usado em políticas de saúde e em serviços onde existe uma forte tendência para se incluir QV como uma das variáveis da equação custo/benefício (Cerchiari, 2002).

Bullinger e cols. (1993) consideram que o termo qualidade de vida é mais geral e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas.

Na Bioética, entende-se que qualidade de vida seja algo intrínseco, só possível de ser avaliado pelo próprio sujeito. Prioriza-se a subjetividade, uma vez que a realidade é de cada um. Não há rótulos de “boa” ou “má” qualidade de vida, embora, a

saúde pública, para elaboração de suas políticas, necessite de “indicadores” (Segre, 1997).

A dimensão religiosa, relacionada diretamente com a qualidade de vida, tem sido observada por vários autores. Estas pesquisas têm estudado a religiosidade nas suas relações com o sofrimento, com os transtornos mentais, o uso de álcool e drogas e maneiras de enfrentamentos a eventos adversos por estudantes universitários (Dalgarrondo, 2006; Almeida, Lotufo Neto e Koenig, 2006; Dalgarrondo, 2007).

Os estudantes usuários, comparados aos estudantes não-usuários de drogas, além de não ter ou não praticar religião, eram predominantemente do sexo masculino, tinham entre 20 e 24 anos, trabalhavam, residiam sozinhos e não mantinham um bom relacionamento com os pais (Queiroz, 2000).

Jovens que adoeceram pela primeira vez na vida de um surto psicótico do tipo esquizofrênico foram acompanhados durante 12 meses (Dalgarrondo, 2007) e demonstraram o desenvolvimento de estratégias culturalmente sancionadas para lidar com a experiência psicótica. A experiência com a religião ajudou-os a nomear suas vivências e lhes atribuir sentido. Serviu também para lhes assegurar um senso de identidade.

Vários mecanismos têm sido propostos em relação à maneira pela qual a religiosidade agiria positivamente sobre a saúde mental e é possível que a associação de vários fenômenos distintos atue dinamicamente, como o apoio social de grupos religiosos, disponibilidade de um sistema de crenças que propicia o sentido à vida e ao sofrimento, o incentivo de comportamentos saudáveis e regras referentes a estilos de vida propiciadores de saúde, relacionados à alimentação, ao uso de substâncias, ao comportamento sexual, à criação de filhos, etc. (Almeida, Lotufo Neto e Koenig, 2006).

Nos Estados Unidos (Milbrath e Doyno, 1987) publicaram estudos realizados em 1983 e 1984 em uma Universidade de Nova York onde concluem que deve haver uma preocupação constante das instituições que oferecem ensino superior e executam projetos e pesquisas e de extensão em conhecer as dimensões de sua qualidade de vida.

Na avaliação de resultados em intervenções médicas, em políticas de saúde mental, em tratamentos psiquiátricos e psicológicos e em outras áreas, tem se atribuído uma crescente importância à questão de QV, que já se vê incluída ao conceito de saúde, não mais restrito à ausência de doença, mas um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social (WHOQOL-Group, 1995). Por mais que se deseje considerá-la como objetiva, a QV terá, necessariamente, um conteúdo subjetivo.

No Brasil a produção de pesquisas sobre a qualidade de vida em universitários ainda é escassa (Buss, 2000). Utilizando a versão brasileira da WHOQOL-100, realizada por Fleck (1999), Cerchiari (2002) avaliou a qualidade de vida de estudantes universitários e a sua associação com algumas variáveis sócio demográficas e do processo ensino-aprendizagem. Apesar de algumas limitações da pesquisa apontadas pelos autores, as conclusões a que chegaram foram:

- A renda familiar mensal demonstrou que quanto mais baixa a renda familiar mais afetada é a QV de maneira a interferir nas relações sociais e no ambiente.
- Os estudantes que não tinham nenhuma atividade remunerada apresentaram prejuízos em relação à QV.
- Os resultados desse estudo também demonstraram que estudar em tempo integral impede que o aluno tenha uma atividade remunerada; assim

não possuem recursos para satisfazer suas necessidades primárias com conseqüências negativas para a sua QV.

- Fazer o curso escolhido favorece a QV, enquanto fazer um curso por falta de opção afeta negativamente a percepção de QV nessa amostra.

Portanto, a avaliação de qualidade de vida no Brasil em todos os setores, inclusive de estudantes universitários, ainda é pouco explorada, porém entendendo Qualidade de Vida de acordo com os pressupostos da OMS (1995), além do caráter objetivo que pressupõe condições ideais de vida, não se consideram as percepções subjetivas individuais para entendê-la de acordo com todo o contexto do sujeito. Do que se conclui que, avaliando-se as condições de vida, saúde, saúde mental, história do indivíduo e história do contexto em que vive e suas relações, podemos ter noção da qualidade de vida individual.

Qualidade de vida é uma questão complexa que perpassa inúmeros subsistemas da vida individual e social. A família, como sistema responsável pela socialização do indivíduo, representa um papel fundamental para o desenvolvimento dos filhos, na prevenção de comportamentos de risco e promoção da qualidade de vida. Porém, a família não é o único contexto social em que o indivíduo está inserido, mas está envolvido em uma rede de relações socioculturais que podem influenciar na atribuição de valores positivos ou negativos em relação às representações sociais que levam à adesão ou negação de atitudes e hábitos de vida. É necessário compreender os códigos do contexto e a rede de significados que envolvem a sociedade em geral, os grupos específicos dentro de determinado tempo histórico (Sluzki, 1997).

O conhecimento e a compreensão da qualidade de vida, por parte do gerenciamento de um grupo, implicam a possibilidade de produção de ações interventivas que ofereçam cuidados, proteção, prevenção, acolhimento e assistência.

Quando se inclui a participação do usuário no planejamento dessas ações, a possibilidade de atender realmente as suas necessidades é maior; no entanto a exclusão de sua participação em projetos que lhes interessam, não atenderá suas necessidades, e o usuário se desviará e transformará o uso delas de acordo com o seu desejo (Feltman, 2002).

CAPITULO 3 – MÉTODOS

O projeto desta pesquisa foi submetido ao Comitê de ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (CEP/FM/UnB) e aprovado em 08 de maio de 2006 (Parecer de aprovação em anexo).

Partindo dos dados bibliográficos levantados sobre jovens universitários, moradores de alojamentos estudantis, seu período de desenvolvimento psicossocial e suas implicações, a condição de usuários de programas de assistência estudantil e o contexto relacional interno da moradia e externo dos moradores com a instituição, foram definidas as formas de abordagem ao tema escolhido. A princípio optou-se por realizar um levantamento das características psicológicas e sociais dos moradores da casa do universitário da UnB, sendo consideradas as principais características aquelas indicadas pela literatura estudada, ou seja: dados demográficos, eventos de vida na infância, eventos adversos durante a vida, reação aos estressores, pródromos e mecanismos de enfrentamento.

A construção dessa pesquisa deu-se, inicialmente inserida no PSIU, onde a escolha e adaptação de instrumentos, os procedimentos de coletas e análises quantitativas dos dados foram realizados como tentativa de conhecer a cobertura e a eficiência da moradia enquanto assistência estudantil e estabelecer relações significativas entre as variáveis.

Para uma compreensão que nos possibilitasse identificar significados e a compreensão dos sentidos dos dados, que fossem além do levantamento do perfil dos moradores e da identificação suas dificuldades, houve uma segunda etapa de avaliação qualitativa inserida no GIPSI, a partir da visão fenomenológica (Costa, 2006) da dinâmica de vida que acompanhamos durante o período de avaliação.

Segundo Minayo (2007), a combinação de diferentes estratégias de pesquisas capazes de apreender as dimensões quantitativas e qualitativas do objeto atende tanto os requisitos do método qualitativo quanto do quantitativo. O método quantitativo propicia o conhecimento da magnitude, cobertura e eficiência do programa sob estudo e a sua interpretação qualitativa permite a compreensão da representatividade e a diversidade da posição de grupos sociais que formam o universo da pesquisa e explicar como ocorre a formação de tais eventos.

A interdisciplinaridade como estratégias de abordagem de objetos complexos tem sido alvo de preocupação da saúde pública latino-americana, na qual os autores brasileiros têm desempenhado papel proeminente, mostrando um avanço na construção de uma práxis científica capaz de apreender as dimensões objetivas e subjetivas da realidade a fim de superar a falsa dicotomia entre sujeito e objeto de pesquisa (Garnelo, 2006).

O método fenomenológico trata de desentranhar o fenômeno, pô-lo a descoberto, desvenda-lo para além da aparência, apegando-se somente aos fatos vividos da experiência, mais do que isso, apegando-se não somente aos fatos, mas sim aos seus significados. Refere-se ao que é percebido do que se mostra (fenômeno), não se limitando à enumeração dos fenômenos, mas, pressupõe alcançar a essência do fenômeno (Coltro 2000).

3.1 – Objetivos

Geral: mapear as condições psicológicas, sociais e de qualidade de vida do jovem universitário residente na moradia da UnB, para que possam ser planejadas ações que subsidiem futuros programas de proteção, prevenção e assistência estudantil universitária.

Específicos:

- Conhecer e compreender a realidade psicossocial desta população;
- Identificar formas de enfrentamento utilizadas;
- Identificar a possibilidade de existência de pródomos entre os jovens moradores;
- Atuar em casos com necessidades imediatas de encaminhamentos para intervenção;
- A partir da avaliação quantitativa, entender e discutir os aspectos de qualidade de vida na moradia estudantil.
- Propor estratégias de ações adequadas à realidade da moradia.

3.2. – Programas de Assistência Estudantil na UnB

A moradia não é o único programa de assistência estudantil, além desse recurso existem outros, tais como:

Bolsa Alimentação: Corresponde a descontos no Restaurante universitário;

Vale Livro: Corresponde a desconto de 10% na aquisição de livros da Editora da UnB (EDUnB);

Bolsa-Permanência: Oferece 250 bolsas no valor de R\$ 200,40 (atualmente) ao estudante de graduação para desempenhar 60 horas mensais de atividades, sempre que possível, na área de sua formação acadêmica.

A Diretoria de Desenvolvimento Social (DDS) é o órgão da UnB responsável por gerenciar os recursos e acompanhar os alunos que são atendidos pelos Programas de Assistência Estudantil. A DDS é vinculada ao Departamento de Assuntos Comunitários (DAC) e mantém uma equipe de assistentes sociais que, através de critérios técnicos, analisa as solicitações levando-se em conta a situação

socioeconômica dos estudantes. Os interessados preenchem um formulário próprio e apresentam documentos que comprovem a sua situação socioeconômica. Após análise dos formulários, os estudantes são classificados em três grupos:

- Baixa Renda I – situação socioeconômica considerada insuficiente para a manutenção do estudante na Universidade;
- Baixa Renda II – Situação socioeconômica considerada parcialmente insuficiente para a manutenção do estudante na Universidade;
- Não Prioritário – Situação socioeconômica considerada suficiente para a manutenção do estudante na Universidade.

O processo de seleção é realizado semestralmente para distribuição de recursos. O encaminhamento dos estudantes selecionados para o programa de moradia estudantil acompanha o número de vagas disponíveis. Considerando que a demanda é superior à oferta de vagas, são priorizados os estudantes classificados como Baixa Renda I, oriundos de famílias residentes fora do Distrito Federal. Segundo a equipe da DDS, ainda assim as vagas são insuficientes para atender a todos que se enquadram nesse perfil. Toda a conduta dos moradores é regulamentada por um estatuto que é entregue a eles quando passam a ser atendidos pelo programa.

3.3 – Contexto Ambiental

A UnB possui 2 blocos com 46 apartamentos cada, num total de 92 apartamentos contando com 4 vagas em cada um, perfazendo um total de 368 vagas destinadas aos estudantes da graduação. Os blocos de apartamentos estão localizados ao lado do Centro Olímpico do Campus da UnB e contam com mobiliário pertencente a Universidade: mesa, cadeiras, camas, armários, além de móveis e utensílios pertencentes dos moradores. Os dois blocos são completamente abertos, não existem

portões, guarita ou qualquer mecanismo de segurança para quem é morador ou barreiras de controle de visitantes. Existem os porteiros nas entradas dos dois blocos, cujas funções parecem não dificultar a entrada de qualquer pessoa.

Para administrar diretamente a moradia, a DDS conta com o Serviço de Moradia Estudantil (SME). O SME conta, além dos funcionários de serviços gerais, com um administrador, um Assistente Social, três psicólogas e funciona no andar térreo do bloco A, na própria casa. As psicólogas se revezam em turnos diários em consultório no próprio SME, exclusivamente para atenderem aos moradores.

3.4 – Descrição da População

No início da realização da coleta de dados (setembro de 2006), a administração da casa forneceu os números referentes aos moradores. Naquela ocasião havia 287 estudantes morando regularmente na casa, 21 estrangeiros, sendo destes 14 regulares e 7 irregulares. Portanto 308 moradores e as 60 vagas restantes, supostamente ocupadas por estudantes em situação irregular.

Entende-se morador regular como o estudante que, após ter passado pela seleção e, uma vez apresentando as condições exigidas pela DDS, foi encaminhado para a moradia. O morador irregular pode ter passado pela seleção e muitas vezes cumprir todas as exigências, mas sem que seja encaminhado, passa a morar com outros estudantes conhecidos que lhe facilitam a condição irregular. Além disso, passa à condição de irregularidade o morador que já concluiu seus estudos e continua na casa, que mudou de perfil socioeconômico deixando de se caracterizar do grupo de baixa renda I e aqueles que não renovaram a solicitação do auxílio moradia.

A condição de morador clandestino ocorre e é a mais difícil de ser controlada, pois são pessoas que entram e saem dos apartamentos, passam tempos com colegas sem que lhes sejam cobradas identificação de morador.

3.5 – Organização da Pesquisa

Para viabilizar o acesso aos moradores da CEU/UnB, os pesquisadores através do departamento de Psicologia Clínica do Instituto de Psicologia/UnB contaram com o apoio da equipe responsável pela administração da casa, através do DAC, que forneceu todo material para coleta de dados e disponibilizou espaço, na própria moradia, para a realização do trabalho.

3.6 - Local

O salão de festas do bloco B da CEU foi disponibilizado para a realização da pesquisa. O local é de fácil acesso, com ventilação, iluminação e acústica adequadas para aplicação dos questionários.

3.7 - Equipe

Foram selecionados, para colaboração na realização da pesquisa, cinco alunos que estavam cursando os últimos semestres do curso de psicologia (a partir do 7º e 8º semestres) da UnB, tendo como requisito principal terem realizado a disciplina ética profissional e que estivessem interessados em participar. Estes alunos receberam treinamento para a participação na coleta de dados e assinaram termo de compromisso e de responsabilidade de guarda de material psicológico (anexo II). Os alunos selecionados participaram espontaneamente de uma aplicação prévia piloto dos

instrumentos, para verificação de dúvidas, dificuldades, erros e o tempo gasto para responder cada questionário e para familiarização com os instrumentos.

3.8 – Consentimento Informado e Sigilo dos Dados

No salão foram distribuídas carteiras de estudantes, onde os sujeitos foram orientados individualmente, de acordo com sua chegada, sobre os objetivos da pesquisa e, antes de responderem aos questionários, o Consentimento Informado (anexo III) foi apresentado. Este documento foi preparado conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece os parâmetros para pesquisas envolvendo seres humanos. Um dos aplicadores leu o documento para cada sujeito e as dúvidas foram esclarecidas, neste momento e durante o preenchimento dos questionários, conforme a necessidade do participante.

Além dos esclarecimentos sobre a pesquisa e sobre o consentimento informado, os participantes também foram informados sobre a proteção de sua identidade uma vez que, todos os dados coletados, serão utilizados sob a forma estatística, sem a identificação dos participantes.

3.9 - Instrumentos

A escolha dos instrumentos foi baseada no interesse de se avaliar os conceitos definidos que fossem mais adequados para a população escolhida, que possuíssem qualidades que facilitassem sua utilização e que têm sido amplamente referidos por pesquisas anteriores.

Os instrumentos utilizados foram: Questionário Demográfico (QD); LES (M ou F); CAT; ASSIST; MMPI-2; PANSI; SBQ-R.; apresentados nessa ordem aos participantes. A aplicação foi realizada em pequenos grupos de, no máximo nove

(9) sujeitos que, responderam aos instrumentos num único encontro, com duração média total aproximada de 60 minutos. A seguir os instrumentos serão apresentados, sua utilização justificada e aplicação de acordo com a padronização de cada um será detalhada.

3.9.1 – Questionário Demográfico

Além dos instrumentos, um questionário de 35 itens (anexo IV) de múltipla escolha foi preparado para a população de estudantes moradores na CEU e aplicado logo após a leitura e assinatura do termo de consentimento esclarecido. Este questionário é composto por perguntas referentes aos dados pessoais de cada um, como por exemplo: dados de identificação, moradia anterior a CEU, dados familiares, renda e etc.

3.9.2 – Instrumentos de Medida de Eventos de Vida

Instrumento 1 - Para avaliação de eventos adversos de vida na infância foi utilizada Escala de Trauma e Abuso Infantil (Child Abuse and Trauma Scala – CAT), cujo objetivo é avaliar a percepção subjetiva, atual e individual, do grau de estresse ou trauma presente na infância do sujeito. Trata-se de um questionário auto-aplicável, de fácil aplicação, desenvolvida por Sanders e Becker-Lausen (1995) e traduzida e adaptada para a sua utilização em universitários (Montenegro, 2005). Tendo em vista a semelhança das amostras dos dois estudos (universitários da UnB, com média de idade semelhantes), optou-se por adotar os mesmos procedimentos da tradução e adaptação de Montenegro (2005) para o presente estudo. É composta por 38 questões relacionadas às experiências individuais vividas na infância e adolescência como: maus tratos físicos e sexuais, punição, violência psicológica e ou física, negligência emocional e ambiente

familiar negativo. Ela é dividida em três sub-escalas: abuso-sexual, abuso físico e ambiente familiar negativo/negligência. Esta avaliação é baseada no conceito de que o significado que a criança dá às suas experiências influencia na maneira pela qual são afetadas por elas.

Instrumento 2 – Para avaliar a história de vida nos últimos 12 meses foi utilizada a versão e adaptação brasileira realizada por Montenegro (2005) da Life Experiences Survey (LES) desenvolvida por Sarason, Johnson e Siegel (1978). A versão da LES utilizada é composta por duas sessões, sendo sessenta e três itens na primeira sessão designados para a população geral e a segunda composta por dez itens designados especificamente para a população de estudantes, além de três espaços em branco para que possam ser incluídos outros eventos que não estão relacionados. O Questionário de Experiências de Vida permite que os sujeitos indiquem eventos de vida que experienciaram no último ano e avaliem separadamente a desejabilidade e o impacto dos eventos que experienciaram. Eles não são só solicitados a indicar os eventos vivenciados durante os últimos doze meses, mas também sua percepção sobre o impacto que tiveram em sua vida na ocasião em que ocorreram.

Para este estudo, de acordo com a sugestão de Montenegro (2005) a escala foi adaptada para as versões masculino e feminino, foram retirados dois itens inadequados para a realidade da amostra de estudantes universitários, um referente à execução de hipoteca e outro referente a aposentadoria, . Além dessas adaptações foram acrescentados quatro itens que melhor explicitavam o tipo de evento que se pretendia avaliar, por exemplo, questão 38= divórcio: a) dos pais; b) próprio dividido em duas: 38)divórcio próprio e 39) divórcio dos pais. Dessa adaptação resultou uma escala de 73 itens com ocorrência e impacto de eventos e 3 itens em abertos para se acrescentar algum evento que não constava no questionário.

3.9. 3 – Instrumentos de Medidas de Álcool e outras Substâncias

ASSIST – A versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (Henrique; De Micelli; Lacerda e Formigoni; 2004) consiste em um questionário estruturado contendo oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas (tabaco, álcool, maconha cocaína, estimulantes, sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos) aplicado sob a forma de entrevista, foi adaptado neste estudo para questionário auto-aplicável. As questões abordam a frequência de uso na vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas mal sucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão e uso por via injetável. Cada resposta corresponde a um escore, que varia de 0 a 4, sendo que a soma total pode variar de 0 a 20. Considera-se a faixa de escore de 0 a 3 como indicativa de uso ocasional, de 4 a 15 como indicativa de abuso e igual ou maior a 16 como sugestiva de dependência.

A escolha do ASSIST foi determinada por ser proposto como um instrumento a ser usado em ações de prevenção primária e, principalmente, secundária do abuso de substâncias psicoativas. Programas de prevenção secundária se propõem a detectar precocemente pessoas que não tenham ainda atingido estágios avançados dos transtornos de uso de substâncias psicoativas, mas que tenham apresentado uso potencialmente de risco. Podem visar também o aumento da consciência dos pacientes a respeito do problema e incentivar mudanças de comportamento.

3.9.4 – Instrumento de Medida de Depressão, Ansiedade e Medidas de Relações de Ajuda.

Para avaliar as variáveis: depressão (DEP), ansiedade (ANX) e resistência em procurar e/ou aceitar ajuda (TRT) foram utilizadas as escalas do MMPI-2, traduzido e adaptado para o Brasil por Benko e Simões (1994), adaptado para estudantes universitários por Tavares (2003, citado por Tashima 2005) é um instrumento auto-aplicável, projetado para ajudar na avaliação em uma escala mais abrangente de circunstâncias clínicas.

DEP - A escala de conteúdo de depressão do MMPI-2 é composta de quarenta e dois referentes a experiências e sintomas comuns à depressão. Altos escores são indicativos de presença de tristeza, facilidade de chorar, falta de interesse pelas coisas que antes se interessavam; pessimismo; desesperança; indecisão; insegurança; culpa; preocupação com a saúde; pode ter pensamentos de morte e suicídio e sentimentos de solidão e vazio a maior parte do tempo.

ANX - A escala de conteúdo de ansiedade é composta por vinte e nove itens, muitos comuns à depressão, pois é comum encontrar sintomas de ansiedade associados à depressão, contudo parece ser apropriada para avaliar um estilo de personalidade ansioso, sem necessariamente estar associado à depressão. Portanto, altos escores na escala ANX são indicativos de pessoas que se sentem ansiosas, nervosas, preocupadas e apreensivas; tem problemas de concentração, se queixam de distúrbios de sono, não se sentem à vontade para tomar decisões; podem descrever sentimentos de tristeza e humor deprimido; se sentem sobrecarregados com as demandas da vida diária, como se a vida fosse um fardo, e são pessimistas em relação à possibilidade de melhora nas condições de sua vida; sentem falta de autoconfiança; se mulher, pode ser irritada e hostil.

TRT - A escala de conteúdo de relações de ajuda trata de temas que são próprios de características positivas ou negativas referentes aos conceitos avaliados. Altos escores nessa escala são indicativos de pessoas que apresentam atitudes negativas em relação a profissionais de saúde e ao tratamento em saúde mental; sentem que ninguém pode entender o que se passa com ela; acreditam que têm problemas que não podem dividir com outros; desistem rapidamente quando encontram problemas; sentem-se incapazes de fazer mudanças significativas em suas vidas; apresentam uma estratégia de solução de problemas pobre, deficitária; costumam apresentar problemas de julgamento.

As três escalas compõem um inventário de 93 itens, de fácil aplicação, onde o sujeito deve assinalar V ou F para as afirmações de cada um dos itens.

3.9.5 – Instrumentos de Medida de Risco de Suicídio

Instrumento 1 - O risco de suicídio foi avaliado através do Questionário Revisado de Comportamentos Suicidas (Suicidal Behaviors Questionnaire - SBQ-R). A versão original do questionário foi desenvolvida por Linehan e Nielsen (1981) e revisada por Osman e cols. (2001) que preservou os quatro itens que a compunha e ampliou as escalas Likert que avaliam seus itens, melhorando a capacidade preditiva do instrumento.

Esse instrumento foi traduzido e adaptado para a população universitária brasileira por Tavares (2003), O SBQR tem sido utilizado como indicador de validade de critério na indicação de grupos de pessoas que tenham ideação suicida ou de fato já tenham feito alguma tentativa de suicídio. O item um avalia a ideação ou tentativa de suicídios passadas; o item dois avalia a frequência da ideação suicida; o item três avalia a ameaça de tentativa de suicídio e o item quatro, a probabilidade de

fazer uma tentativa futura de suicídio. Estes itens dizem respeito de um único fator, ou seja, risco de suicídio.

Instrumento 2 – O Inventário de Ideação Positiva e Negativa, o PANSI, desenvolvido por Osman, Gutierrez e colaboradores (1998) e traduzido, adaptado e validado para a população de alunos universitários brasileiros por Tavares (2003). Este inventário é composto por 14 itens avaliados no formato Likert de cinco pontos que varia de um (nunca) a cinco (na maior parte do tempo) divididos em duas escalas, seis itens para a escala de ideação positiva e oito itens para a escala de ideação negativa, foram utilizadas para avaliar a frequência de pensamentos e sentimentos positivos e negativos relacionados ao comportamento suicida.

A escala de ideação negativa avalia a ocorrência de ideação suicida frente a situações difíceis ou da sensação de sofrimento, tristeza, solidão, desesperança ou fracasso. As duas escalas fornecem dados referentes a fatores de risco e de proteção, como também nos dá noção de possíveis formas de enfrentamento de dificuldades.

3.9.6 – Procedimentos para a Coleta de dados

Todos os moradores foram convidados a participar da pesquisa, neste momento foram prestados esclarecimentos sobre os objetivos do trabalho. O convite foi realizado verbalmente e através de convites individuais (anexo V), quando a equipe de pesquisa visitou cada apartamento divulgando o trabalho, quando também, distribuiu uma carta explicativa da pesquisa (anexo VI) a cada morador.

Aqueles estudantes que concordavam em responder os questionários eram encaminhados para a sala de aplicação, onde havia dois membros da equipe, um psicólogo e um estudante de final do curso de psicologia, para a aplicação dos

Instrumentos. Foram afixados cartazes nas paredes das áreas comuns dos blocos divulgando a coleta de dados. Os plantões da equipe eram marcados semanalmente e divulgados através de cartazes espalhados nas paredes. Panfletos convidando os moradores a participar eram distribuídos semanalmente.

A adesão dos moradores a pesquisa foi lenta, mantendo um ritmo médio de duas a três aplicações por plantão, por essa razão a coleta de dados se prolongou por três meses (setembro a dezembro de 2006) com quatro plantões noturnos semanais. Através do contato com os moradores soubemos que havia entre eles uma forte resistência a pesquisas realizadas na CEU, segundo eles, não recebiam o retorno com os resultados, ou pela comunicação entre os que participavam e os demais que, resistiam por receio de se expor e responder questionários sobre drogas e suicídio. A Associação de Moradores não apoiou a realização da pesquisa, alegando a crença de que a mesma seria realizada por ordem da administração da UnB e que para ela serviria como controle dos moradores da CEU. Apesar de não apoiarem, não se manifestaram contra a participação daqueles estudantes que manifestassem o desejo de fazê-lo.

Uma carta individual, com a comunicação da finalização da coletada de dados e de agradecimento pela participação (anexo VII), foi distribuída individualmente. Nela foi também disponibilizado o endereço eletrônico do PSIU para aqueles que, porventura quisessem entrar em contato.

A permanência e a disponibilidade da equipe para esclarecimentos sobre a pesquisa e para a aplicação dos instrumentos, resultaram em oitenta e sete (87) aplicações e, além disso, possibilitou a convivência com os estudantes, ter noção da rotina da moradia e da dinâmica das relações interpessoais.

3.9.7 – Organização e Análise dos Dados

Análise Quantitativa dos Dados: A partir da coleta, os dados foram organizados, e transpostos para o programa SPSS-15.0 (2001), onde foram realizadas estatísticas descritivas, o teste de “T de student” para identificar possíveis diferenças no grupo bem como nas variáveis relacionadas às características psicológicas da amostra. O “teste z” foi aplicado para que fosse viabilizada a identificação de dados individuais que indicassem algum tipo de risco, necessidade urgente de intervenção.

O compromisso de guarda de todo o material quantitativo da coleta de dados ficou sob e responsabilidade do Programa de Saúde Integral do Universitário (PSIU), coordenado pelo prof. Dr. Marcelo Tavares. O PSIU designou uma equipe para viabilizar a devolutiva, esclarecimentos, orientações e os encaminhamentos necessários para aqueles participantes que manifestaram o desejo de conhecerem os resultados e também para aqueles que apresentassem resultados preocupantes, ou seja, que de alguma forma demonstrassem algum tipo de risco.

Análise Qualitativa dos Dados: Os resultados dos instrumentos foram agrupados para a construção de sentido e interpretação dos protocolos como um todo. Por meio de um processo fenomenológico, não reducionista, que envolve a apreensão de signos e sinais complexos (Costa, 2006) da estrutura do contexto da moradia estudantil e as características dos moradores que participaram da pesquisa, deu-se a compreensão, reflexão, discussão e conhecimento da dinâmica de vida dos moradores da CEU.

CAPITULO 4 – RESULTADOS

Descrição Demográfica da Amostra

A mostra foi composta, por oitenta e sete (87) jovens universitários, moradores da Casa do Estudante da Universidade de Brasília Todos em situação regular, ou seja, passaram por seleção (como descrito anteriormente) da DDS e foram considerados em condições de receber o benefício da moradia.

O grupo apresentou muitas características semelhantes, o número de participantes foi distribuído entre quarenta e cinco homens (45) e quarenta e duas (42) mulheres. Houve apenas uma diferença significativa entre as idades de homens (média de 23,3; DP=5,6) e mulheres (média de 21,3; DP=2,65) evidenciada pelo “teste T” que indicou a média de 2,1 anos ($t=2,19$; $p<0,04$) em que os homens são mais velhos do que as mulheres. Além dessa, não foram observadas diferenças significativas quando os resultados foram testados quanto a possíveis subgrupos existentes na amostra. Portanto o grupo apresentou características de homogeneidade.

Além de possuírem condições socioeconômicas para serem beneficiários de assistência estudantil, são jovens que antes de ingressarem na UnB, moravam em diferentes localidades. A maioria é proveniente de outros estados, sendo que aproximadamente a metade deles é de Goiás.

Esse grupo de universitários referiu em sua maioria (63%-n=53) pertencer a alguma religião: católica (n=29-34,5%), evangélica (n=10-11,9%), espírita (n=11-13,1%) e outras (n=3-3,6%); porém uma parcela significativa não participa de qualquer atividade religiosa (n=31-36,9%). A figura 4.1 (abaixo) mostra a frequência da amostra em cada religião.

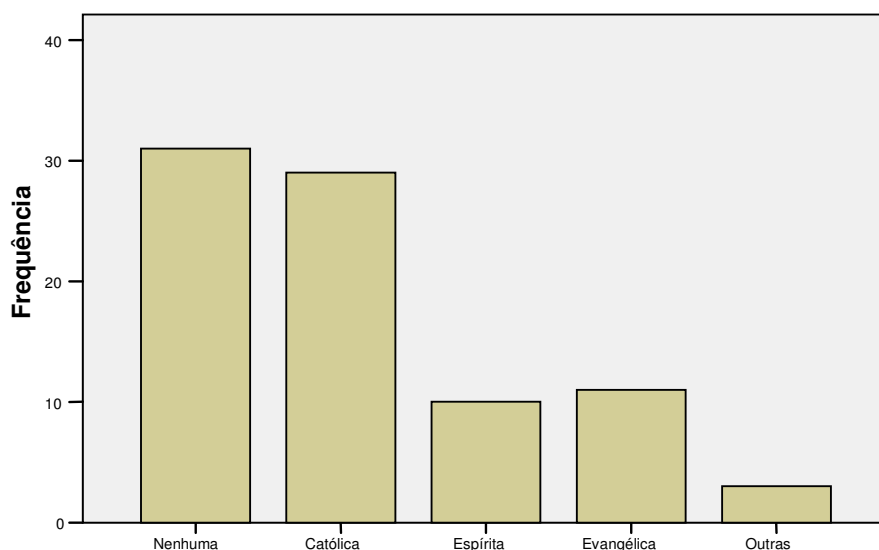


Figura 4.1: **Distribuição da amostra por religião**

A maioria dos participantes ingressou no curso mediante processo seletivo e freqüenta os semestres iniciais de curso, seguindo o fluxo proposto pela grade curricular. Em geral, os homens se concentram em cursos da área de exatas e as mulheres na área de ciências sociais. Além dos homens apresentarem idade pouco acima da idade das mulheres, permanecem mais tempo na moradia. Tal fato pode ser entendido de várias maneiras. Uma reflexão possível está relacionada com a diferença de duração entre os cursos escolhidos, onde, naqueles da área de exatas, a exigência de créditos é, em geral, maior do que nos cursos da área de humanas.

A tabela 4.1 (abaixo) mostra o nível de instrução formal dos pais dos participantes e, como podemos observar, entre outras características, esses jovens, apresentam semelhanças quanto ao nível educacional familiar. A maioria deles tem pai e mãe com mesmo nível de instrução e grande parte deles com pouca ou nenhuma instrução formal. Entre os estudantes cujos pais apresentavam níveis mais altos de

instrução, verificou-se que, que as mães possuem em geral, níveis mais altos de instrução, com tendência a acompanhar o nível de instrução dos pais, enquanto o inverso não ocorre.

Tabela 4.1: Nível de Instrução Formal dos Pais

			Instrução do Pai				Total
			Pouca ou Nenhuma Instrução	1º Grau Completo	2º Grau Completo	Superior Completo	
Instrução da Mãe	Pouca ou Nenhuma Instrução	Freq.	22	0	4	0	26
		% do Total	26,82%	0	4,87%	0	31,70%
	1º Grau Completo	Freq.	1	4	3	0	8
		% do Total	1,21%	4,87%	3,65%	0	9,75%
	2º Grau Completo	Freq.	2	5	14	7	28
		% do Total	2,43%	6,09%	17,07%	8,53%	34,14%
	Superior Completo	Freq.	5	1	9	5	20
		% do Total	6,09%	1,21	10,97	6,09	24,39
Total		Freq.	30	10	30	12	82
		% do Total	36,58%	12,19%	36,58%	14,63%	100%

Segundo a classificação socioeconômica da UnB, todos são considerados de baixa renda (grupo I), pertencem a famílias com até oito (8) dependentes e renda média mensal aproximada de três salários mínimos (R\$ 1200,00). Apesar disso, a maioria deles depende de auxílio financeiro, total ou parcial, da família para se manterem na universidade. Alguns deles se sustentam e ainda contribuem para o sustento da Família, como podemos verificar na tabela 4.2 abaixo:

Tabela 4.2: Participação Econômica na Família

	Frequência	Porcentagem Válida
1. Sou sustentado inteiramente pela família ou pela ajuda de outras pessoas.	29	34,9
2. Recebo alguma ajuda financeira da família e de outras pessoas.	16	19,2
3. Sou inteiramente responsável apenas pelo meu próprio sustento.	28	33,7
4. Sou responsável pelo meu sustento e contribuo para o sustento da família.	7	8,4
5. Sou o principal responsável pelo sustento da família.	3	3,6
TOTAL	83	100

Aqueles que não dependem financeiramente da família, sustentam ou auxiliam nas despesas da família, para conseguirem alguma forma de ganho financeiro como auxílio para as despesas, referem-se a trabalhos alternativos, como aulas particulares, fabricação caseira de perfumes, dentre outros. Outros ainda participam de atividades acadêmicas remuneradas, como PIC, Monitoria, Bolsa Extensão e Estágio. Porém a maioria (52, n=45) ainda não participou de nenhuma delas (tabela 4.3).

Tabela 4.3: **Atividade Acadêmica Remunerada**

	Freq.	Porcent. Válida
Nenhuma	45	52,32%
PIC	8	9,30%
Monitoria	1	1,16%
Extensão	8	9,30%
Estágio	23	26,74%
Outra	1	1,16%
Total	86	100%

Alguns indicadores se repetem quando o assunto aborda as dificuldades financeiras, pois, como pudemos observar, 52% dos sujeitos desta pesquisa são de família com renda familiar muito baixa, com os pais com pouca ou nenhuma instrução, que não possuem nenhuma forma de auxílio financeiro senão aquele proveniente de suas famílias.

Apesar da existência de programas estudantis, poucos residentes que participaram da pesquisa recebiam outra forma de assistência que fosse além da moradia e da bolsa alimentação, programa de assistência estudantil que corresponde a desconto concedido aos estudantes do grupo I no restaurante universitário (Tabela 4.4).

Tabela 4.4: **Distribuição da Amostra por Participação em Programas de Assistência Estudantil**

	Frequência	Porcentagem Válida
Bolsa Trabalho	6	6,89%
Bolsa Transporte	2	2,29%
Bolsa Livro	6	6,89%
Bolsa Alimentação	69	79,31%
Total	84	100%

Além de recursos materiais, os jovens relatam a necessidade de assistência de saúde, principalmente quanto ao acompanhamento psicológico. Na figura 4.1 podemos visualizar as respostas de cinquenta e dois estudantes (63%) que relataram a necessidade pessoal de fazer psicoterapia.

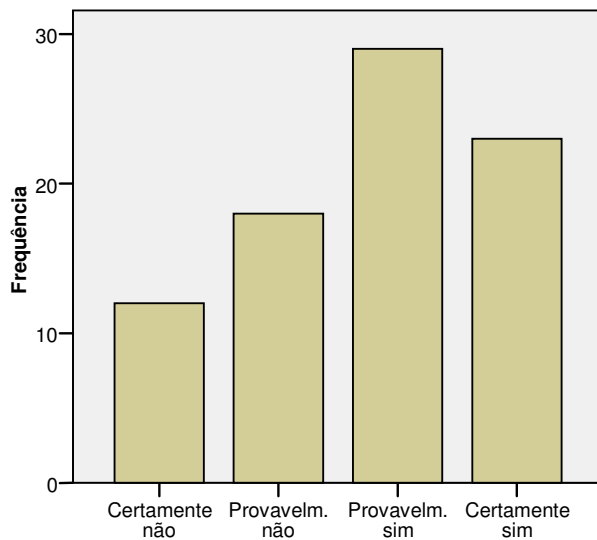


Fig. 4.2: **Necessidade de fazer psicoterapia**

Quanto aos recursos de saúde disponíveis aos alunos da UnB, grande parte (95,52%), como mostra a tabela 4.5, não se utiliza deles o que nos faz supor que a não utilização dos serviços possa ser devida ao desconhecimento de sua existência.

Tabela 4.5 : Utilização de Serviços Médico ou Psicológico

	Frequência	Porcentagem Válida
Atendimento Psicológico	2	2,29%
Atendimento Médico	2	2,29%
Não utilizam	83	95,52%
Total	87	100%

A partir da figura 4.3, podemos observar que a maioria dos estudantes avaliou seu estado como “bem-estar” (n=25 – 30,12%) e que vinte e três (n=23 - 27,7%) responderam estar “muito bem” e “excelente, nunca estive melhor”. Porém existe uma parcela significativa que descreveu a maneira que estava se sentindo por ocasião da coleta de dados como “mal” ou “mais para pior do que para melhor” (n=17 – 20,5%); o que indica que esta parcela pode estar sinalizando a necessidade de algum tipo de atenção.

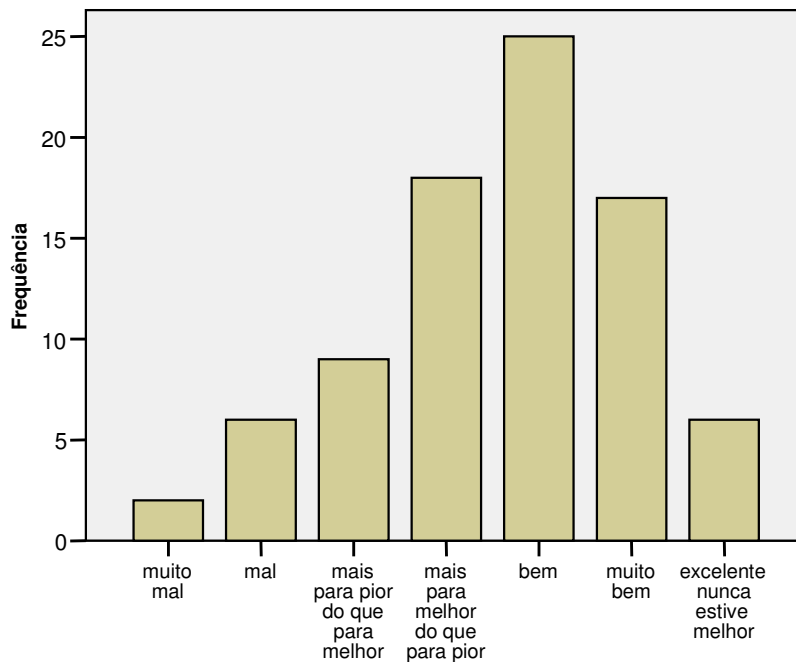


Figura 4.3: Escala de Bem-Estar

Descrição das variáveis relacionadas às características psicossociais da amostra.

A avaliação da percepção subjetiva, atual e individual, dos eventos adversos de vida na infância revelou que a maioria desses estudantes já viveu algum tipo de experiência infantil negativa, sendo relacionada à negligência, seguida por ambiente familiar negativo, abuso físico e abuso sexual. (tabela 4.6)

Tabela 4.6: **Resultados Médios e Totais das Escalas de Ambiente Familiar Negativo - CAT Negativo**

Escalas	Média (DP)	Frequência	Porcentagem Válida
Negligência	17,11 (10,13)	36	38,80%
Abuso Sexual	1,46 (1,79)	24	28,20%
Abuso Físico	9,26 (4,28)	30	32,10%
CAT	45,10 (17,65)	35	37,60%

Os eventos de vida relatados foram agrupados em ocorrências em alguma vez na vida e ocorrências no último ano e relacionados de acordo com as sub-listas conforme consta da tabela 4.7.

Esta tabela mostra o resultado médio encontrado nas respostas quanto às ocorrências de eventos adversos no último ano, apontam para uma maior concentração de eventos ocorridos relacionados com situação socioeconômica, seguida por eventos envolvendo relação familiar e por questões de relacionamento social; a partir de então os eventos relacionados à educação são mencionados.

Quando passamos a observar os dados de eventos adversos durante a vida, a situação se inverte entre relações familiares e situação socioeconômica. Os participantes relatam mais ocorrências adversas de relacionamento familiar ao longo da vida do que eventos de situação socioeconômica.

Tabela 4.7: Ocorrências de Eventos Adversos

Sub-escalas Tipo de Ocorrência	No último ano			Alguma vez na vida	
	n° de itens das escalas	n° de eventos	% eventos M (DP)	n° de eventos	% eventos M(DP)
Educação	8	6	2,2 (1,48)	7	4,0 (1,7)
Relação Familiar	15	8	2,8 (1,7)	11	6,0 (2,5)
Relação Amorosa	8	6	1,2 (1,4)	7	2,7 (1,7)
Relação Social	6	5	2,30 (1,3)	6	3,4 (1,3)
Situação Sócio-Econômica	11	5	3,2 (1,7)	9	5,2 (2)
Problemas com a Justiça	4	2	0,2 (0,5)	3	1,4 (1)
Perdas	9	4	1,1 (0,1)	6	2,9 (1,4)
Saúde Mental e Física	7	5	2,0 (1,3)	6	2,8 (1,4)
Violência	5	3	0,6 (1)	5	2,2 (1,3)
Total	73	44	15,6 (6,4)	60	27,9 (10,4)

Os eventos ligados a relacionamento amoroso foram pouco freqüentes em ambos os períodos. Relacionamos estes fatos à fase de desenvolvimento pela qual estão passando, de experimentação sem muito envolvimento, ou vários relacionamentos curtos que não possibilitam a ocorrência de evento mais significativo na vida.

Os eventos relatados foram avaliados pelos participantes de acordo com a percepção do impacto na época em que ocorreram. Dessa maneira, quanto mais alto o valor atribuído maior o impacto causado, tanto positiva quanto negativamente. Na tabela 4.8 observamos que, em geral, os estudantes tenderam a avaliar o impacto das ocorrências como muito negativo.

Tabela 4.8: **Dados Descritivos para LES Ocorrências e Impacto**

LES Totais		Média	D.P.
Ocorrências	Último Ano	15,63	6,41
	Alguma Vez	27,91	10,26
Impacto	Positivo	23,27	24,15
	Negativo	-38,67	28,65

Os resultados do grupo quanto ao uso de álcool e drogas, as respostas do ASSIST foram organizadas de maneira a agrupar cada substância para que se conhecesse o seu uso médio, frequência e situações ligadas ao abuso. Constatamos que 42,9% dos moradores que responderam os questionários fumam, destes 10,5% relataram que sentiram recentemente forte desejo de consumir tabaco. Somente 2,5% deste grupo referiram tentativa de controle sem sucesso.

Os participantes referiram o álcool como a substância mais utilizada. A grande maioria dos participantes (74 = 85%) relatou já ter feito uso de álcool alguma vez na vida; destes, quarenta e um moradores (aproximadamente 48%) consomem álcool com certa regularidade, e os demais se referem ao uso como algo isolado, não possuindo características de regularidade.

Tabela 4.9: **Frequência de Uso de Álcool**

Período	Frequência	Porcentagem Válida
Nunca	16	18,60%
1 ou 2 vezes	29	33,72%
Mensalmente	17	19,76%
Semanalmente	19	22,09%
Quase diariamente	5	5,81%
Total	86	100

Seguindo o uso de álcool, a substância referida foi a maconha: trinta estudantes (35,7%) já fizeram uso e vinte (21%) continuam usando, com frequências variadas desde diária, até esporadicamente.

Os indicadores de ansiedade, depressão e relações de ajuda foram avaliados através da versão brasileira das escalas de conteúdo do MMPI-2. Essa versão evidenciou bons índices de consistência interna e correlação em relação às escalas do MMPI-2 original quando aplicada em universitários (Tashima, 2004). Baseando-se nesses dados, os resultados desse estudo foram analisados de acordo com os critérios propostos para as escalas originais.

Os resultados obtidos demonstraram que o índice médio de ansiedade do grupo pesquisado (70) foi mais alto do que a população geral e de universitários (65). Observando-se o a figura 4.3, constata-se uma distribuição normal dos dados, levando a supor que, os participantes apresentam resultados que sugerem sentimentos de ansiedade superiores aos apresentados pela população geral. Além disso, uma parcela significativa da amostra (n=30, 34%) demonstrou índices de ansiedade considerados altos, que ultrapassam os valores médios do grupo.

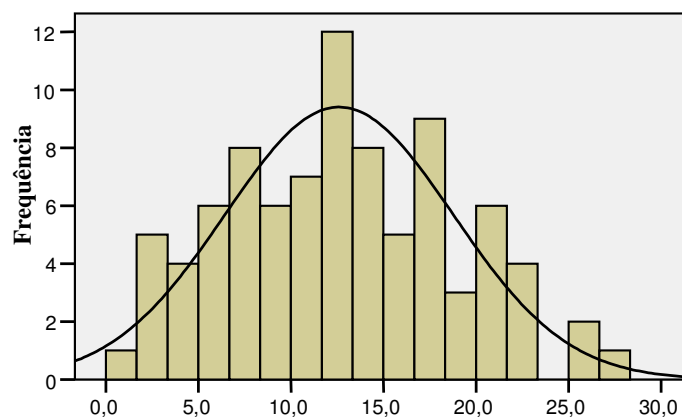


Fig. 4.3: **Distribuição dos Resultados Médios de Ansiedade**

Os valores médios das escalas de depressão e necessidade de aceitar e pedir ajuda encontram-se semelhantes aos resultados encontrados nos protocolos das escalas originais para população geral e universitária. Apesar de o grupo apresentar

resultados médios comparáveis aos da população geral e universitária, a maioria deles (n=50, 46%) demonstra, como podemos visualizar na figura 4.4, estar experienciando sintomas de depressão.

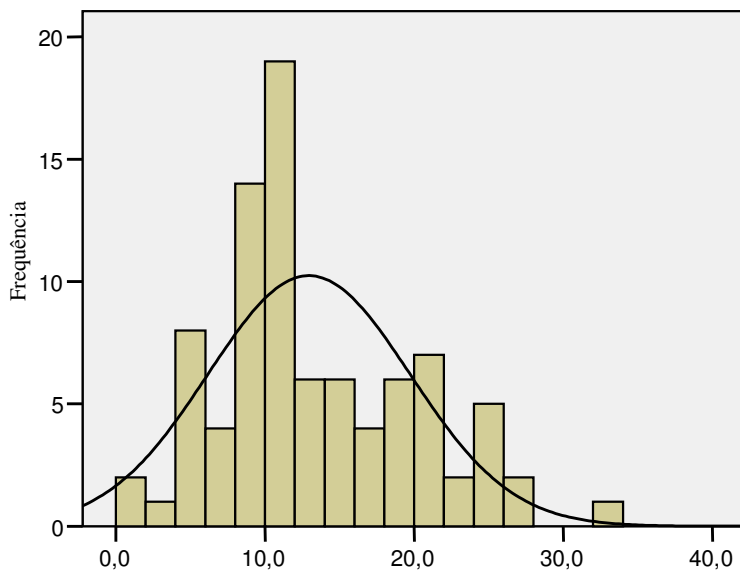


Figura 4.4: Distribuição dos Resultados Médios de Depressão

Além de sintomas de ansiedade e depressão verificaram-se indicadores negativos quanto à relação de pedir e aceitar ajuda (fig.4.5). Quarenta e seis estudantes (61,7%) da amostra demonstraram relutância em compartilhar seu problema com alguém por acreditar que ninguém possa entendê-los.

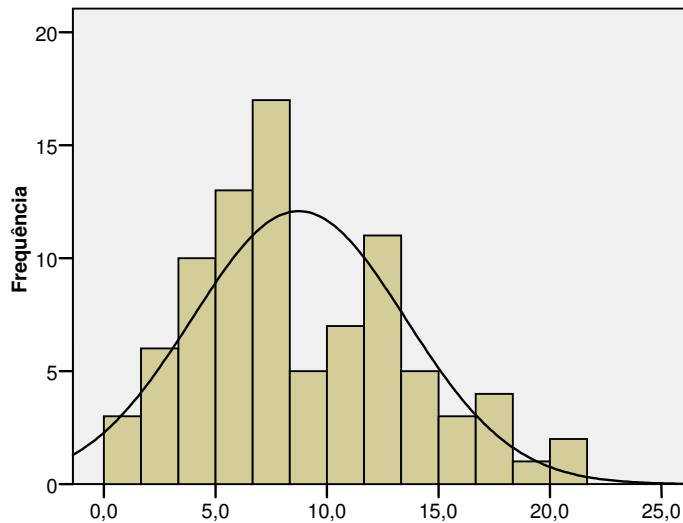


Fig. 4.5: Distribuição dos Resultados Médios de Relações de Ajuda

Para a avaliação de ideação e risco de suicídio, os critérios utilizados foram os mesmos descritos por Montenegro (2005), por se tratarem de amostras semelhantes, de universitários com a mesma faixa etária. Portanto o critério considerado de risco para ideação suicida para o PANSI negativo é a pontuação maior ou igual a treze (13) e de comportamento de risco é a pontuação maior ou igual a oito (8) para o SBQ-R.

A escala de ideação negativa avalia a ocorrência de ideação suicida frente a situações difíceis ou da sensação de sofrimento, tristeza, solidão, desesperança ou fracasso. As duas escalas fornecem dados referentes a fatores de risco e de proteção, como também nos dá noção de possíveis formas de enfrentamento de dificuldades.

Na tabela 4.10, verificamos que o grupo apresentou resultados médios, para ideação negativa e comportamento de suicídio, inferiores aos índices de critério para avaliação de risco. Portanto, os resultados em geral apontam para ausência de risco no grupo, porém não está descartada a possibilidade de, nessa amostra haverem casos individuais com resultados que indiquem risco.

Tabela 4.10: **Resultados Médios para Ideação e Risco de Suicídio**

	PANSI		SBQ-R
	Negativo	Positivo	
Média	9,04	21,07	5,15
DP	2,77	5,38	2,69

Além do grupo não apresentar índices que signifiquem risco para ideação e comportamento de suicídio, a maioria dos participantes apresenta altos índices de ideação positiva, como mostra a tabela 4.11.

Tabela 4.11: **Estatísticas Descritivas para Ideação Positiva**

Índices	Frequência	Porcentagem Válida
21,07	42	43,55
25	28	32,15
30	3	20,65

Quando essa pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da Faculdade de Medicina da UnB, foi sugerida a troca do título para que não houvesse estigmatização dos participantes. Segundo a avaliação do CEP/UnB um perfil psicológico e social exporia demais os estudantes quanto suas possíveis dificuldades e necessidades, agravando a estigmatização já existente sobre a moradia estudantil, por se tratarem de jovens de baixa-renda, dependentes de auxílio para permanecerem estudando. O título foi alterado e os resultados dessa pesquisa foram comparados aos dados encontrados na dissertação de Montenegro (2005), cuja população foi composta por estudantes universitários não usuários de moradia estudantil. Na tabela 4.12 observamos dados semelhantes entre as duas amostras, exceto quando verificamos:

- Resultados médios de ocorrências de eventos adversos o último ano;
- Intensidade do impacto negativo dos eventos e
- Indicadores de abuso sexual na infância.

Os dados referentes a essas variáveis apresentados pela amostra de estudantes usuários de moradia, foram superiores aos de não usuários (Tashima, 2004 e Montenegro, 2005). Porém a insuficiência de dados disponíveis da população de não usuários impossibilitou a análise estatística que testasse a significância dessas diferenças.

Tabela 4.12: **Comparação de médias entre universitários moradores e não moradores na CEU**

		Universitários Moradores Média (D.P.)	Universitários não Moradores Média (D.P.)
N amostra		87	68
	Idade	22 (4,5)	19,21 (2,95)
N Sexo	Feminino	48% (n=42)	53% (n=36)
	Masculino	52% (n=45)	47% (n=32)
LES	Período (Último ano) (Alg. vez na vida)	15,6 (6,4) 27,9 (10)	6,28 (5,06) 24,45 (9,56)
	Impacto (Negativo) (Positivo)	38,67 (28,65) 23,27(24,15)	23,53 (17,59) 22,95 (12,52)
CAT	Negligência Abuso Físico Abuso Sexual Total	17,11 (10,13) 9,26 (4,32) 1,9 (2,45) 46,97 (18,92)	15,22 (7,83) 7,79 (3,62) 0,63 (1,42) 33,73 (16,33)
PANSI	Positivo Negativo Total	21 (5,4) 9 (2,77) 30 (5,39)	9,83 (4,02)
SBQ-R	Total	5,15 (2,69)	6,20 (2,92)

Esses resultados nos levam a supor que os moradores da CEU apresentaram maior índice de ocorrências de eventos durante o último ano, avaliaram o impacto dos eventos em geral de forma mais negativa e estiveram mais envolvidos em situação de abuso sexual do que os estudantes não moradores.

CAPÍTULO 5 – DISCUSSÃO

Essa pesquisa buscou conhecer alguns aspectos psicológicos e sociais em relação ao universitário morador da Casa do Estudante Universitário da UnB. Partindo deste conhecimento, foi possível ter acesso às condições de saúde mental com possíveis pródromos, verificar as maneiras de enfrentamento em situações de crise, conhecer o funcionamento e o contexto ambiental da residência, construindo assim, sentidos e significados à moradia estudantil.

Encontramos um grupo de jovens que, em geral, avalia seu estado como de bem estar, mas uma parcela significativa refere seu estado como precário e que pode estar sinalizando para a necessidade de atenção diferenciada. Além disso, muitos apontam para a necessidade de acompanhamento psicológico e alguns relatam a necessidade de consulta psiquiátrica.

Cada estudante traz consigo toda a bagagem sociocultural além da sua formação moral e ética e toda a carga emocional de suas vivências anteriores. Devido ao estágio de desenvolvimento em que se encontram (fase de desafios e enfrentando eventos de vida estressores), há que se considerar que possam estar acumulando dificuldades trazidas de tais experiências anteriores. A convivência com as diferenças individuais pode ser construtiva enquanto representam trocas e apoio mútuo, por outro lado, as dificuldades podem comprometer o bem-estar na moradia.

A avaliação da percepção subjetiva, atual e individual, dos eventos de vida na infância (CAT), durante a vida e nos últimos doze meses (LES) revelou diversas histórias que, quando analisadas em grupo passam a ter um significado peculiar. A maioria já experimentou algum tipo de experiência infantil negativa, sendo a maior parte relacionada à negligência, seguida por ambiente familiar negativo, abuso físico e/ou abuso sexual. Os índices médios apresentados quanto a abuso sexual foram

ligeiramente maiores entre os usuários de moradia estudantil do que entre universitários em geral.

Os eventos adversos relatados no último ano foram relacionados com a situação socioeconômica, seguido por relações familiares, quadro que se inverte quando se referiram aos eventos durante a vida, os eventos mais marcantes foram relacionamentos familiares.

Considerando-se que a nossa amostra é composta por moradores da Casa Estudantil em início de curso, as dificuldades ou ocorrências relacionadas à situação socioeconômica podem ser dados de realidade atual do cotidiano do estudante, que, inclusive, para se beneficiar do direito a moradia teve que comprovar sua condição financeira. Podemos pensar na possibilidade de que, a partir do momento que passaram a residir na CEU, os eventos adversos, que até então estavam relacionados com dificuldades no relacionamento familiar, passaram a estar relacionados também a dificuldades financeiras.

Percebemos que os problemas de educação ou acadêmicos durante o último ano não foram os mais relatados. Os eventos relacionados com a vida acadêmica e de educação aparecem em terceiro lugar. Parece que esta situação acontece no momento em que o jovem sai de casa e passa, na maioria das vezes, a ser responsável pelo seu próprio sustento com maiores dificuldades socioeconômicas do que quando morava com a família. Por outro lado, os eventos relacionados a questões familiares diminuem, na medida em que diminui a convivência entre eles.

Quando se observa o impacto dessas ocorrências, verificamos que há uma forte predominância entre os estudantes para avaliar o impacto dessas ocorrências como negativo. Em geral, os universitários residentes na moradia estudantil apontaram para um maior número de ocorrências de eventos adversos no último ano e durante a

vida com uma média de impacto negativo superior quando comparados aos resultados de universitários não moradores.

Portanto, parecem existir semelhanças entre os moradores desse grupo que perpassam as características utilizadas como critério de seleção. Esses universitários têm em comum também história de vida com dificuldades familiares, além das relacionadas ao aspecto sócio econômico e são estudantes provenientes de famílias de baixa renda, muitos deles, de acordo com os resultados do CAT, com ambiente familiar negativo.

Buscando sua identidade própria, pois os modelos anteriores deixaram de ser suficientes, passam a experimentar diferentes relacionamentos até que encontre seus pares (Erickson, 1976). Ocorrem as alianças entre os estudantes, formando grupos dentro da moradia. Ao se depararem com as dificuldades que permeiam todo o processo de inclusão na moradia, os calouros experimentam a possibilidade de desenvolver uma diversidade muito grande de comportamentos.

Essa rede social passa a exercer grande influência para a formação de cada estudante. Significa ter ou não uma rede de apoio mútuo. Assim, as formas de relacionamento social vão se delineando e acabam por constituir a dinâmica de convivência da moradia. As características individuais aliadas às influências da rede social de toda a complexidade que envolve a condição do morador são manifestas pela maneira pela qual enfrentam situações novas.

Ao agregarem-se na moradia estudantil, ocorre ainda a discriminação por parte dos estudantes não moradores: a visão da comunidade universitária, segundo os próprios residentes confirmada pela literatura pesquisada, é de um local onde há muita liberdade e tolerância da instituição para comportamentos inadequados. A casa, como ambiente de socialização juvenil, é vista de maneira negativa pela sociedade,

relacionado com ambiente de comportamentos inadequados, como o uso de álcool e drogas (Laranjo & Soares, 2006).

No entanto, a partir de um olhar compreensivo desses comportamentos, ou seja, quando o olhar do observador se volta para o histórico de vida, contexto social da moradia e o período de desenvolvimento pelo qual estão passando, entende-se o comportamento além dos fatos observados, tornando-se os comportamentos como formas de reação perante as novas situações e desafios a que estão expostos.

Reações individuais e coletivas de enfrentamento se apresentam de diversas maneiras. Podem ser satisfatórias, como atitudes de solução para os problemas ou podem representar comportamentos de risco para o estudante e o grupo. Na literatura sobre jovens universitários constata-se que uma das mais comuns maneiras inadequadas de enfrentamento é o uso de álcool (Dimeff, 2002; Laranjo & Soares, 2006; Formigoni e cols., 2004)).

Na nossa amostra esse dado se confirmou quando nos deparamos com os altos índices de consumo de álcool entre os universitários participantes da pesquisa. Apesar de a maioria deles fazer uso com certa regularidade, o uso de álcool parece não ter causado ainda prejuízos para si e para outras pessoas. Uma explicação, entre outras possíveis, para esse tipo de comportamento pode ser devida às características da amostra, composta pela maioria de universitários em início de curso e morando há pouco tempo na CEU. Situações novas podem provocar sensação de angústia, os mecanismos utilizados como forma de aliviar tais sensações, ao longo do tempo, podem se tornar hábitos.

Portanto, o uso do álcool por essa população pode representar uma busca de solução temporária e evoluir para mecanismos adaptados, sem que haja prejuízos, ou se transformar na maneira constante de reagir frente a situações

desconhecidas. Tal raciocínio nos leva a supor que, a fase de entrada na universidade seja propícia para prevenção e intervenção precoce de adoecimentos ou agravamento de situações de risco.

Alguns desses estudantes fumam e outros consomem maconha. Em geral, as pessoas usam tais substâncias para aliviar dores emocionais, para relaxar, pelos efeitos desejáveis e outras ainda pelo prazer que, inicialmente, elas proporcionam em situação de grupos e isoladamente. Entretanto, os problemas com o consumo podem evoluir para quadros de intoxicação aguda, uso contínuo e/ou dependência. Tais quadros colocam o usuário em risco, particularmente de dificuldade social, financeira entre outros de prejuízo secundário como riscos de problemas de saúde, desempenho acadêmico insatisfatório e acidentes com danos pessoais e coletivos (Henrique, I. F. S.; De Micheli, D. ; Lacerda, R. B.; Lacerda, L.A. e Formigoni, M.L.O.S., 2004).

Os resultados demonstraram altos índices de ansiedade. Pessoas com esses resultados são ansiosas com problema de concentração, queixas de distúrbios do sono, sentem-se constrangidas na tomada de decisões e, além disso, indicam pessoas sobrecarregadas com as responsabilidades da vida diária (Tashima, 2004).

A maioria dos participantes relatou a presença de sintomas de depressão por meio de sentimentos de tristeza, desânimo, melancolia, fadiga, desinteresse, pessimismo ou desesperança, além de culpa, solidão ou vazios a maior parte do tempo. Muitos sentimentos de depressão apresentados por uma mesma pessoa, podem indicar pessimismo, falta de auto confiança, facilidade para chorar, poucas esperanças com relação à vida e, de maneira extrema, podem apresentar ideação suicida.

A escala de conteúdo de relações de ajuda revelou altos índices negativos quanto a essa variável. Quando observamos o período de desenvolvimento em que se encontram, podemos relacionar esses resultados com as características peculiares

de jovens em geral, com relutância em compartilhar seus problemas com outras pessoas pela crença de que ninguém possa entendê-lo; e conseqüentemente dificuldade em pedir ou aceitar ajuda.

Por outro lado, esses dados podem significar que uma parcela significativa da amostra estudada apresenta estratégias pobres para enfrentamento e solução de problemas, com problemas de julgamento, pobre capacidade de solução de problemas, se sentindo inábeis para fazer mudanças significativas em sua vida, tendência à desistência frente a problemas encontrados. Podem expressar suas dificuldades por meio da presença de sintomas físicos, e/ou apresentar pensamentos relacionados à morte ou suicídio.

Tais sintomas e sinais são reconhecidamente pródromos gerais de alerta para a prevenção e intervenção precoce, bem como de programas de intervenção para redução de danos com a finalidade de prevenir a cronificação de problemas. Esses sinais também podem ser passageiros; dentre eles os mais frequentemente relatados na literatura sobre saúde mental do universitário são: humor depressivo, alterações no sono e no apetite, isolamento social, ansiedade e irritabilidade (McGorry&Edwards, 2002).

Esses dados são preocupantes quando relacionamos esses sintomas à comportamentos de risco como forma de aliviá-los, colocando em risco integridade de sua saúde física e mental, assim como de seus companheiros. Esses comportamentos podem estar associados à exposição voluntária como busca de solução de problemas, ou para definir o desfecho de uma situação difícil. Algumas dessas reações resultam em desfecho trágico com a morte do protagonista e/ou como expressão direta ou indireta de comportamento suicida.

Quando observamos os resultados médios do grupo, não foram encontrados indicadores de ideação e de risco de suicídio; além disso, o grupo possui

fatores de proteção de risco ao suicídio. Essa constatação advém da concepção clínica de que muitos pensamentos positivos associados a poucos pensamentos negativos constituem-se em fatores significativos de proteção (Montenegro, 2005).

Os resultados quando observados em grupo como um todo podem ser significativamente diferentes quando se observa os casos isoladamente. A inexistência de indicadores de risco para suicídio no grupo e a presença de fatores de proteção, não significa que não existam casos de riscos isolados. A condição de risco a que estão expostos associados a dados referidos por pesquisas realizadas com universitários, implica na exigência da observação de resultados individuais.

Os fatores de proteção podem ser associados a essa interpretação dos dados, bem como a rede social que tem sido considerada como fator de apoio. Nesse aspecto a religião tem sido apontada como importante fator de proteção, a maioria dos usuários da moradia que participaram desse estudo relataram possuir algum tipo de religião. Segundo pesquisas recentes, aquelas pessoas que se envolvem com atividades religiosas estão associadas positivamente à indicadores de bem-estar psicológico (satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral mais elevado) e a menos depressão, pensamentos e comportamentos suicidas, uso, abuso ou dependência de álcool e drogas (Borini et al., 1999; Queiroz, 2000 e Dalgalarondo, 2006 e Almeida, Lotufo Neto e Koenig, 2006).

Maragno (2006) observou que, entre os jovens, o nível socioeconômico e o baixo nível de instrução formal, são fatores determinantes para o desenvolvimento de transtornos mentais leves; como observado anteriormente. Transtornos mentais leves são aqueles em que a pessoa não preenche os critérios formais para diagnóstico de transtornos instalados, porém apresentam sintomas

suficientes para prejuízos na sua qualidade de vida. A discussão prodrômica é o caminho aqui para a intervenção precoce.

Os jovens que participaram dessa pesquisa são aqueles que, de certa maneira, romperam a barreira da exclusão social quando ingressaram em universidade pública na busca de um futuro melhor. O fato de conquistarem um espaço desejado por muitos e ocupado por poucos, coloca em geral a universidade, e em particular a moradia, em situação de ambiente de proteção. A luta e a conquista desses universitários demonstram aspectos positivos importantes quanto à saúde mental, pois, apesar das precariedades que podem vivenciar aliadas as mudanças características da idade, demonstraram bem estar.

No entanto, ao contrário da maioria, foram evidenciados estudantes com necessidade de atenção, em sofrimento pela significativa identificação de pródromos, com carência de recursos materiais e de saúde, enfrentando dificuldades de diferentes ordens e expostos às situações inesperadas, em início de curso, com recursos precários de enfrentamento, poucos fatores de proteção e assistência insuficiente para atender a toda esta complexidade de demandas.

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O conjunto de informações demonstrou alguns aspectos importantes do grupo participante, diferentes em vários sentidos: origem, formação anterior, experiências emocionais e condições familiares, mas, com características comuns quando observados como universitários moradores em residência estudantil.

São jovens no início do curso, vindos de outros estados, com nível social semelhante, usuários de programas estudantis para se manter na universidade, universitários de origem de famílias de baixa renda, pais com baixo nível de instrução formal, porém em sua maior parte dependentes financeiramente deles, poucos possuem algum tipo de atividade remunerada.

Além das necessidades próprias do estágio de desenvolvimento que envolve definições de papéis, posicionamento em relação ao mundo e processo de formação de identidade, enfrentam paralelamente a nova condição de morar na moradia estudantil, tendo que lidar com todas as implicações que a situação impõe. São colocados em condição de independência da família que, na verdade, ainda não possuem.

Ao se tornarem usuários de moradia estudantil, se afastam de sua rede social de origem, dividem um espaço que é a sua moradia, mas também é a moradia de outros desconhecidos estudantes. Embora adquiram o direito de morar no local onde estudam, este local impõe novos e diferentes desafios quanto à adaptação em todos os sentidos.

Segundo os dados levantados nesse estudo, os programas de assistência estudantil são insuficientes para cobrir toda a demanda dos estudantes, que possuem necessidades básicas para a permanência na universidade. O auxílio mais abrangente, na Universidade de Brasília, no sentido de atendimento de maior número de

estudantes é a bolsa alimentação, que a disponibiliza a baixo custo para estudantes de baixa renda. Dos demais programas, o menos utilizado é do vale livro que prevê desconto de 10% na aquisição de livros da editora UnB-EDU. A pouca procura por esse programa pode ser devida a dois fatores: o fato de que livros adotados pelos professores, em sua grande maioria, são de outras editoras e os alunos de baixa renda compram livros eventualmente, utilizando preferencialmente os da biblioteca.

Todos os calouros, ao ingressar na universidade, recebem o manual do aluno, e por meio de diferentes programas de recepção de cada instituto ou faculdade, os programas de assistência estudantil são divulgados e disponibilizados.

Além das atividades gerais de recepção de que participam, os alunos novos selecionados para a moradia são recebidos em uma reunião administrativa realizada pela DDS, SME e AMCEU. Nessa ocasião são orientados quanto aos serviços que são disponíveis. Afora isso, não existe uma programação sistematizada para recepção, acolhimento e acompanhamento desses estudantes.

Portanto, ser selecionado entre vários candidatos, representa o primeiro obstáculo que têm que superar. Outros vão surgindo desde a procura pelo seu espaço até depois quando passam a viver nele, além de todas as responsabilidades que assumem ao ingressar na universidade, pois a maioria saiu da casa dos pais pela primeira vez e assumiu para si o compromisso de cuidar de si mesmo. O papel da instituição, segundo o posicionamento do FONAPRACE (1997), é, além de outras responsabilidades, identificar e reconhecer as principais necessidades e dificuldades desses alunos e oferecer-lhes oportunidades de solução, com a criação de condições concretas de permanência de todos os alunos na universidade até a conclusão do curso.

Ao conviver em uma universidade, o universitário afetado por inúmeras desestabilizações, pressionado pelo custo financeiro e subjetivo de seus

estudos não raro levam o estudante a situações de crise. Diante disso, constata-se que mais uma exigência é feita à universidade: acolher e escutar os sofrimentos, angústias e expectativas do jovem universitário (Santos, 2001).

Os problemas comumente enfrentados pelas instituições segundo relatório do I Seminário sobre Assistência estudantil (2005), são complexos e se influenciam mutua e dinamicamente. Nesse encontro foram identificados os principais fatores nessa ordem:

- Problemas pessoais relacionados a dificuldades emocionais;
 - Dificuldades relacionais;
 - Desempenho acadêmico;
 - Questões relacionadas ao afastamento das famílias;
 - Questões relacionadas ao funcionamento formal e informal das instituições,
- como por exemplo, a insuficiência de políticas voltadas para identificação precoce de riscos e ações afirmativas de prevenção e intervenção precoce.

Entre os problemas pessoais relatados, a referência ao uso do álcool foi constante. Observamos também que os resultados de muitos estudos indicam que os universitários que mais apresentam uso abusivo de álcool são aqueles que freqüentam os anos iniciais de curso.

A necessidade de atenção primária mediante a promoção de ações preventivas fez-se presente quando foi constatado que o grupo de participantes é jovem, em início de curso, que consomem álcool com regularidade, apesar da freqüência e da quantidade de consumo não configurarem situação de risco.

Os pródromos identificados (ansiedade, depressão e resistência em pedir e aceitar ajuda), a história comum de ambiente familiar negativo na infância, comportamentos de risco identificados como o uso de álcool aliados à compreensão do

contexto em que estão inseridos, nos leva a ressaltar que a qualidade de vida na moradia está comprometida, principalmente entre os moradores com as características predominantes nessa amostra.

Por óbvio, o tamanho da amostra e suas características de homogeneidade, fazem com que os resultados não sejam representativos de toda a população da moradia e não permitem uma análise mais abrangente como comparação entre as diversas variáveis. Apesar disso, o grupo que participou foi representativo, no sentido de exposição de limitações da moradia como ambiente saudável. Ao mesmo tempo em que moradia estudantil propicia uma via de acesso à inserção, pela oportunidade de poderem frequentar a universidade pública, representa também riscos e dificuldades, conforme a evolução da adaptação de cada um nesse contexto.

Ao conviver em uma universidade, o universitário é afetado por inúmeras desestabilizações, pressionado pelo custo financeiro e subjetivo de seus estudos, não raro levam o estudante a situações de crise. Diante disso, constata-se que mais uma exigência é feita à universidade: acolher e escutar os sofrimentos, angústias e expectativas do jovem universitário (Santos, 2001), o que nosso estudo comprova e corrobora.

O campo de tensão nas relações sociais gerados nos contextos das moradias, citado por estudos sobre o desenvolvimento juvenil em alojamentos estudantis (Laranjo & Soares, 2006), parece ser configurado na CEU, quando a presença de grupos divergentes e muitos de conflitos abertos foram referidos pelos estudantes. Apesar do aspecto relacional não ter sido foco de avaliação nessa pesquisa, esse é um fator que merece maior atenção, pois importantes redes se formam nos alojamentos durante os anos universitários e essas redes exercem grande influência sobre a formação acadêmica e de identidade dos estudantes.

A necessidade de programas voltados para toda a comunidade estudantil se faz presente bem como a atenção para a subjetividade de cada um. Articulando-se as duas dimensões, compreende-se que é preciso implicar o universitário na construção de ambiente relacional saudável.

Um dado que chama a atenção, quando consideramos esse período como delicado em termos de adaptações, foi a grande proporção do grupo de participantes que não utilizam aqueles recursos de saúde que existem na UnB, apesar de relatarem necessidades de tratamentos. Tal fato nos leva a duas importantes reflexões: a primeira é de talvez haja falta de conhecimento dos recursos que lhe são disponíveis, e a segunda, e talvez mais preocupante, está relacionada aos dados levantados quanto as relações de ajuda, ou seja, a grande resistência em procurar e/ou aceitar ajuda, ou até a dificuldade do reconhecimento da necessidade dela pode justificar a baixa procura pelos serviços.

A necessidade de programas voltados para toda a comunidade estudantil se faz premente, bem como uma atenção para a subjetividade de cada estudante. Articular as duas dimensões significa a participação ativa de cada um e de todos, na responsabilidade sobre a construção do ambiente relacional em que vivem, bem sobre como a produção de bem-estar e qualidade de vida na moradia estudantil.

A presença de sofrimento psíquico, evidenciada pelos sinais de necessidade de atenção, em estudantes nas fases iniciais de cursos, demonstra a necessidade de atenção diferenciada mediante a implementação de programas que propiciem cuidados preventivos e tratamentos adequados em diferentes níveis. A intervenção nesse período, ou seja, o fornecimento de aportes cuidado e atenção e a expansão de alternativas para a resolução do problema são pontos decisivos para se evitar transtornos mentais provindos de crises prévias não resolvidas.

Seguindo os pressupostos do Plano Nacional de Assistência Estudantil e partindo da realidade exposta neste estudo, além de considerar as limitações desse estudo, várias propostas podem ser apresentadas, considerando a necessidade e as possibilidades da execução de planos a curto, médio e longo prazos, tais como:

- Mobilização imediata dos recursos já existentes na UnB para que os estudantes que residem na CEU e aqueles selecionados recentemente possam receber um maior apoio inicial e acompanhamento durante o período de adaptação na moradia, nas dimensões acadêmica e pessoal.
- Paralelamente projetos de programas de prevenção e recepção devem ser elaborados no sentido de atender a principal demanda observada quanto a transição de cuidados do jovem que sai da casa dos pais e vai morar na universidade.
- A ampliação dos próprios recursos existentes na universidade viabilizaria uma maior abrangência de cuidados com saúde física e mental e de moradia.
- A elaboração e implantação de políticas sociais, com ênfase na ampliação de programas de estágios remunerados, atividades de cultura e lazer e assistência à saúde física e mental.
- Nos casos de sofrimento psíquico identificado, como apresentamos em termos de pródromos e comportamentos de risco, recomenda-se a estruturação conjunta de um serviço de atenção psicológica que crie a mínima discriminação possível, para que seja de ampla aceitação da comunidade da CEU.

Para que sejam elaborados programas compreensivos e voltados à qualidade de vida dos jovens, é importante que seja incluída a participação de toda a comunidade universitária. Na condição de jovens universitários residentes em moradia estudantil, a abordagem de programas requer união e articulação de todos os recursos da

comunidade universitária, considerando-se as dimensões acadêmica, física, emocional, financeira, política e social.

O campus universitário, por agregar uma população jovem, de comportamentos de risco característicos a idade, pode ser o local ideal para a elaboração de programas de prevenção, de intervenção precoce, pois possui condições favoráveis para abordar questões comuns entre os estudantes. Mesmo porque, já existem na Universidade, pesquisas e programas de atendimento pontual a esta realidade, tais como o PSIU e o GIPSI, onde o presente trabalho se inseriu. Acreditamos que, além de atingir de forma mais abrangente a comunidade estudantil, programas como estes, com a devida infra-estrutura e dentro de uma política de assistência estudantil, propicia o acesso do estudante a serviços adequados às suas necessidades. Por suposto, programas bem elaborados juntamente com a participação da população podem resultar, de maneira geral, em melhora na qualidade de vida estudantil e poderão se estendidos futuramente a toda à população universitária.

Por fim, ressaltamos que o presente estudo, para além de pretender criar perfis discriminadores ou estigmatizantes, procurou, em particular, mapear algumas características da população estudada, sem pretender o objetivo da generalização pura e simples de seus achados, mas, antes, transpor alguns dados da realidade destes para o contexto de vida do estudante universitário. Neste sentido, a continuidade de estudos como estes, dentro da perspectiva multimetodológica, devem ser fomentados e sistematicamente realizados não somente por pesquisas pontuais, como esta, mas como uma necessidade constante de avaliação das condições do estudante universitário em seu desafio de ser tornar um profissional cidadão em todos os sentidos. Isto aponta para uma atenção e uma ação programática das universidades para

a assistência estudantil sem cair nas tentações do assistencialismo, tão fácil de ser utilizado.

Queremos crer que este estudo mostra que a complexidade do envolvimento do aluno que mora na universidade não comporta programas paliativos e descontextualizados das reais necessidades nem soluções ou ações exclusivamente pontuais. Que mais estudos promovam a devida qualificação e aprofundamentos necessários dos dados e premissas aqui apresentados.

REFERÊNCIAS

- Albuquerque, M. A. (1993). A Saúde Mental do Universitário. *Neurobiologia*, Suplemento – 36, 1-12.
- Almeida, A. M. Lotufo Neto, F.; Koenig, H.G. (2006). Religiosidade e Saúde Mental: Uma revisão. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28 (3), 242 – 250.
- American College Health Association. Healthy Campus, 2010: Making it Happen. Baltimore, MD: American College Health Association: 2003.
- Andrade, A. G.; Queiroz, S.; Villaboim, R.C.M.; César, F.; Alves, M. C. G. P.; Bassit, A. Z.; et al (1997). Uso de Álcool e Drogas entre alunos de graduação da Universidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 19: 53-59.
- Arnett, J.J. (1997). Young people's conceptions of the transition to adulthood . *Youth and Society*, 29, 1-23.
- Arnett, J.J. (1998). Learning to Stand Alone: The Contemporary American Transition to Adulthood in Cultural and Historical Context. *Human Development*, 41, 295-315.
- Arnett, J.J. (2000). Emerging Adulthood: A Theory of Development from the Late Teens Through the Twenties. *American Psychologist*, 55 (5), 469-480.
- Baer, J. S. (1994). Effects of College Residence on Perceived Norms for Alcohol Consumption: An Examination of the First Year in College. *Psychology of Addictive Behaviors*, 8, 43-50.
- Ballone, G.I. (2002). *Psicose na Adolescência*. In Psiq Web, Internet, disponível em: www.psiqweb.med.br
- Barreto, A., Grandesso, M. & Barreto, M.R. (2007). O Pensamento Sistêmico, a Teoria da Comunicação e a Ação-Reflexão a Serviço da Ajuda Mútua no Contexto Escolar. In Grandesso, M, & Barreto, M.R. (org.). *Terapia Comunitária: Tecendo Redes para a*

- Transformação Social. Saúde, Educação e Políticas Públicas.* 357-364, Casa do Psicólogo, São Paulo.
- Beautrais, A. L.; Joyce, P. R. et al. (1998). Psychiatric contacts among youths aged 13 through 24 years who made serious suicide attempts. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.*
- Beautrais, A. L. (2003). Suicide and serious suicide attempts in youth people. *American Journal of Psychiatry*, 160, 1093-1099.
- Bertolote, J. & Mc Gorry, P. (2005). Early Intervention and Recovery for Young People with Early Psychosis: Consensus Statement. *The British Journal of Psychiatry*, 187 (48), 116 – 119.
- Bohry, S. (2007). *Crise Psicológica do Universitário e Trancamento Geral de Matrícula por Motivo de Saúde.* Dissertação de Mestrado, UnB, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Brasília – DF.
- Boskovitz, E. P.; Cruz, E. T. N.; Chiaravalloti-Neto, F.; Moraes, M. S.; Paiva-Neto, J.N.; Avila, L. A. et al (1995). Uso de drogas em Universitários de São José do Rio Preto, São Paulo. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 22: 87-93.
- Buss, P.M. (2000). Promoção da Saúde e Qualidade de Vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5 (1): 163 – 177.
- Bullinger, M.; Anderson, R.; Cella, D. & Aaronson, N. (1993). Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Quality of life Research*, 2, 451-459.
- Câmara, M. & Cruz, R. (1999). Adolescência Prolongada: o tempo que não se quer deixar passar. *Educar*, 115, 53-66.

- Camarano, A.A., Mello, J.L., Pasinato, M.T. & Kanso, S. (2004). Caminhos para a vida Adulta: As múltiplas trajetórias dos jovens brasileiros. Valparaíso. *Última Década*, 21,11-50.
- Camarano, A. A. (Org.) (2006). *Transição para a Vida Adulta ou Vida Adulta em Transição?* IPEA, Rio de Janeiro.
- Carlini-Cotrin, B.C., Gazal, C.C., Gouveia, N. (2000). Comportamentos de Saúde entre jovens estudantes nas redes pública e privada na área metropolitana do Estado de São Paulo. *Revista de Saúde Pública*, 34(6), 636-645.
- Carvalho, N. R. (2006). *Primeiras Crises Psicóticas: Identificação de Pródromos a partir de Pacientes e Familiares*. Dissertação de Mestrado, UnB, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Brasília – DF.
- Cassorla, R. M. S. & SMECKE, E. L. M. (1994). Auto-Destruição Humana. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (1), 61 – 73.
- Castro, M. G. & Abromovay, M. (1998) Cultura, identidades e cidadania: experiências com adolescentes em situação de risco. In: Comissão Nacional de População de Desenvolvimento. *Jovens Acontecendo na trilha da política pública*. Brasília: CNPD/IPEA, 571-644.
- Cerchiari, E.A.N. (2004). *Saúde Mental e Qualidade de Vida em Estudantes Universitários*. Tese de Doutorado, UNICAMP, Programa de Pós Graduação da Faculdade de Ciências Médicas, Campinas, São Paulo.
- Clapp, J. D. & McDonnell, A.L. (2000). *The Relationship of Perceptions of Alcohol Promotion and Peer Drinking: Norms to Alcohol Problems Reported by College Students*. Washington: Jan./Fev., 41 (1), 19.
- Coltro, A. (2000). A Fenomenologia: um enfoque metodológico para além da modernidade. *Caderno de Pesquisas em Administração*, São Paulo, 1(11).

- Costa, I. I. (2006). *Adolescência e Primeira Crise Psicótica: Problematizando a Continuidade entre o Sofrimento Normal e o Psíquico Grave*. <http://www.fundamentalpsychopatology.org/anais2006/4.69.3.1.htm>.
- Costa, I. I. (2007). Família e Psicose: Uma Proposta de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Sofrimento Psíquico Grave. In *Família e Casal: Saúde, trabalho e modos de vinculação*. Terezinha Féres Carneiro (org.). Casa do Psicólogo, 99 – 136.
- D'Andréa, F. F. (1984). Saúde Mental Na Comunidade Universitária, 1984. *Diálogo Médico*, 10, 12 – 16.
- Dalgalarondo, P. (2006). Relações entre Duas Dimensões da Vida: Saúde Mental e Religião. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 177 – 178.
- Dalgalarondo, P. (2007). Estudos sobre Religião e Saúde Mental Realizados no Brasil: Histórico e perspectivas atuais. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 25 – 33.
- Deslandes, S. F. & Assis, S. G. (2002). Abordagens Qualitativa e Quantitativa em Saúde: O Diálogo das Diferenças. In Minayo, M. C. S.. *Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método*. FIOCRUZ, Rio de Janeiro.
- Departamento de Ciência e Tecnologia em Saúde. *Relatório de Gestão 2000-2002* (2002). Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde. 2002.
- Dieskstra, N.R.F.W. (1997). Adolescents from One Parent, Stepparent and Intact Families: Emotional problems and suicide attempts. *Journal of adolescence*, 20 (2), 201-208.
- Dimeff, L. A., Baer, J. S., Kivlahan, D. R. & Marlatt, G. A. (2002). *Alcoolismo entre estudantes Universitários: Uma abordagem de redução de danos*. Editora UNESP, São Paulo, SP.

- Dusselier, L., Dunn, B., Wang, Y., Shelley, M. C., Whalen, D. F. (2005). Personal, Health, Academic and Environmental Predictors of Stress for Residence Hall Students. *Journal of American College Health*, 54(1).
- DSM-IV-TR. (2003). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. - 4^a.ed.rev., Artmed, Porto Alegre.
- Elliott, B. & Shanahan, P. (1995). *A Review of risk Behavior among, 15 – 24 year old*. Commonwealth Department of Human Services and Health. 1485-1496.
- Erickson, E. (1976). *Identidade, Juventude e Crise*. Zahar Editores, Rio de Janeiro.
- Estatuto da Criança e do Adolescente (1990)*. Atlas, São Paulo.
- Feltman, C. S. (2002). *Um Olhar para o Homem e Sua Morada*. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública. FIOCRUZ. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro.
- Fergusson, D. M., Woodward, L. J. & Horwood, L. J. (2000). Risk Factors and Life Processes Associated with the onset of Suicidal Behavior during Adolescence and Early Adulthood. *Psychological Medicine*, 30 (1), 23-39.
- Fernandes, A.V. (1974). Campus e o Meio Urbano Universitário. *C. J. Arquitetura*, São Paulo, 4: 72 – 91.
- Fernandez, J. M. & Rodrigues, C. R. C. (1993). 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. *Medicine*. Ribeirão Preto, 26, 258 – 269.
- Fiorini, J. E., Alves, A. L., Ferreira, L. R. et al (2003). Uso de Drogas Ilícitas no Meio Universitário de Alfenas. *Revista do Hospital de Clinicas*, vol.3 (4), 199-206.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Charlamovick, E., Vieira, G., Santos, L. & Pizon, V. (1999). Aplicação da Versão em Português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOOQL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 19-28.

- Fortes, J. R. A. (1972). Saúde Mental do Universitário. *Revista da associação Médica Brasileira*, 18, 463 – 466.
- FONAPRACE (1997). *Primeira Pesquisa do Perfil Social, Cultural e Econômico dos Estudantes das IFES*. FONAPRACE, Belo Horizonte.
- FONAPRACE (2004). *Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação das Instituições Federais de Ensino Superior: Relatório Final da Pesquisa*. Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis. FONAPRACE, Brasília.
- Gadzella, B.M. (2004). *College Students Assess their Stressors and Reactions to Stressors*. Paper presented at the Texas A & M University Assessment Conference held at College Station, Texas.
- Garnelo, L. (2006). Avaliação por Triangulação de Métodos: Abordagem de Programas Sociais. Resenha. *Cadernos de Saúde Pública*. 22(5).
- Gondim, M.F.N. (2007). *Os Sentidos dos Vínculos Na Crise Psicótica Grave*. Tese de Doutorado, UnB, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Brasília- DF.
- Grace, T.W. (1997). Health Problems of College Students. *Journal American College Health*; 45, 243- 250.
- Haas, A.P., Hendin, H. & Mann, J. J. (2003). Suicide in College Students. *The American Behavioral Scientist*, 46 (9), 1224.
- Hansen, E. J. (1998). Essential Demographics of Today's College Students. *Accounting Education News*. Sarasota, 15.
- Henrique, I. F. S., De Micheli, D., Lacerda, R. B., Lacerda, L. A. e Formigoni, M. L. O.S. (2004). Validação da Versão Brasileira do Teste de Triagem do Envolvimento com Álcool, Cigarro e outras Substâncias (ASSIST). *Revista Associação Médica Brasileira*, 50 (2), 199-206.

- Holmes, T., Rahe, R. H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Houston, K., Shepperd, R. (2001). Suicide in Young People Aged 15-24: A psychological autopsy study. *Journal of Affective Disorders*. Mar 2001, 63 (1), 159-170.
- Johanson, M. E. & Marlatt, G. A. (1989). *Drinking Behavior in University Residences*. Paper presented Research Society on Alcoholism, Beaver Creek, Co, EUA.
- Kerr-Corrêa, F., Simão, M. O., Martins, R. A. (2001). Prevenção Ao Uso de Álcool por Estudantes Universitários. In Kerr-Correa, F., Dalben, I., Trinca L. A., Simão, M. O., Mattos, P. F.; Cerqueira, A. T. A. R., Mendes, A. *I Levantamento do Uso de Álcool e Drogas e das Condições Gerais de vida dos estudantes da UNESP. Pesquisa VUNESP*. São Paulo, 14, 183.
- Kish, J., Leino, V. & Silverman, M. M. (2005). Aspects of Suicide behavior, Depression, and Treatment in College Students: Results from the spring, 2000 National College Health Assessment Survey. *Suicide & Life – Threatening Behavior*. New York, Feb. 2005, 35 (1), 3.
- Krauskopf, D. (2005). *Juventude na América Latina e no Caribe: Dimensões Sociais, subjetividades e estratégia de vida*. Paper Apresentado na Conferência de 75º. aniversário da Fundação W. K. Kellogg.
- Laranjo, T. H. M. & Soares, C. B. (2006). Moradia Universitária: Processo de Socialização e Consumo de Drogas. *Revista Brasileira de Saúde Pública*, 40 (6), 1027 – 1034.
- Lenz, B. K. (2004). Tobacco, Depression, and Lifestyle in the Pivotal Early College Years. *Journal of American College Health*. Washington, 52 (5), 213.
- Levinson, D. J. (1978). *The seasons of a man's life*. Ballantine, New York.

- Linehan, M. & Nielsen, S. (1981). *Suicidal Behavior Questionnaire*. Manuscrito não publicado. University of Washington, Seattle.
- LORETO, G.. Saúde do Universitário, 1972. *Neurobiologia*, 35: 253 – 276.
- Loreto, G. (1972). Saúde do Universitário, 1972. *Neurobiologia*, 35: 253 – 276.
- Maragno, L., Goudbaum, M., Gianini, R. J., Novaes, H. M. D., Chester, L. G. C. (2006). Prevalência de Transtornos Mentais Comuns em Populações Atendidas pelo programa Saúde da Família (Qualis) no Município de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*. 22 (8). Rio de Janeiro, 1639-1649.
- McCauley, A. P. & Salter, C. (1995). Meeting the Needs of Young Adults. *Populations Reports*, J (41). Baltimore, 19-23.
- Mc Ginn, D. & Pasquale, R. (2004). Taking Depression On. *Newsweek*. 144 (8), 59.
- McGorry, P. D. & Edwards, J. (2002). *Intervenção Precoce nas Psicoses*. Jansen Cilag, São Paulo.
- Meilman, P. W., Stone, J. E. & Gaylor, M. S. (1990). Alcohol Consumption by College undergraduates: current use and 10-year trends. *Journal of Studies on Alcohol*, 51, 389-395.
- Mello-Santos, C., Bertolote, J. M. & Wang, Y. (2005). Epidemiology of Suicide in Brazil (1980-2000): characterization of age and gender rates of suicide. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27 (2), 131-134.
- Milbrath, L. & Doyno, V. (1987). A Study of the Quality of University Life: SUNY at Buffalo. *Social Indicators Research*, 19 (2), 173- 190.
- Minayo, M. C. S., Assis, S. G., Souza, E. R. (2005). *Avaliação por Triangulação de Métodos: Abordagens de Programas Sociais*. Rio de Janeiro.
- Minayo, M. C. S. (2007). *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*, HUCITEC, São Paulo.

- Montenegro, B. F. S (2005). *Eventos de Vida e Risco de Suicídio em Estudantes de uma Universidade Pública Brasileira. Universidade de Brasília*. Dissertação de Mestrado, UnB, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Brasília -DF.
- Murad, E. (1997). *Pesquisa Sobre o Abuso de Drogas no Brasil*. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2000). *Prevenção do Suicídio: Um Manual para Médicos Clínicos Gerais*. Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (1994). *Saúde Populacional e Desenvolvimento: Posicionamento da OMS*. Brasília.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (1995). CID – X. *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas de Saúde*, 10ª. Revisão, 2ª. Ed., EDUSP, São Paulo.
- OSMAN, A.; Barrios, F.X.; Gutierrez, P.M.(1998).The Positive and Negative Suicide Ideation Inventory: Development and Validation. *Psychological Reports*, 82: 783-793.
- OSMAN, A.; Bagge, C. L.;Gutierrez, P. M., Konick, L. C.; Kopper, B. A., & Barrios, F. X.. (2001). The Suicidal Behaviors Questionnaire – Revised (SBQ-R): Validation with clinical and non-clinical samples. *Assessment*, 8: 443-454.
- Penin, S.T.S. (2001). A Formação de Professores e a Responsabilidade das Universidades. *Estudos Avançados*, 15(42): 317-332.
- Perkins, H. W. & Berkowitz, A. D. (1986). Perceiving the Community Norms of Alcohol use Among Students: some research implications for campus alcohol education programs. *The International Journal of the Adicction*, 21, 961-976.
- Poppe, P. (1995). Linking young Adults to Health Care Services. *Personal Communication*. 10.
- Queiroz, J. S. C. (2007). *Angústia e Existência*, disponível em <http://www.psicologia.com.pt>

- Rohlin, J. J.; Arata, C.; Bowers, D.; O'Brien, N. & Morgan, A. (2004). Suicidal Behavior, Negative Affect, Gender, and Self-Reported Delinquency in College Students. *Suicide & Life-Threatening Behavior*. New York, 34 (3), 255.
- Ross, S. E., Niebling, B. C., Heckert, T. M. (1999). Sources of Stress among College Students. *College Students Journal* 33 (2), 312-317.
- Saggese, E. & Leite, L. C. (1999). Saúde Mental Na Adolescência: Um Olhar Sobre a Reabilitação Psicossocial. *Cadernos Juventude, Saúde e Desenvolvimento*. Brasília, 1, 197-205.
- Santos, B. S. (2006). Da Idéia de Universidade a Universidade de Idéias, In S.S. Boaventura. *Pela Mão de Alice: o social e o político na pós Modernidade* - São Paulo: Cortez, 187 – 226.
- Santos, J. Q. (2001). Adesão a Tratamentos Médicos. *Psiquiatria na Prática Médica*, 34 (4). UNIFESP/EPM, São Paulo.
- Schowalter, J. E. (1995). Desenvolvimento Adolescente e Normal. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock. *Tratado de Psiquiatria*, 3, 2356-2362. Artes Médicas, Porto Alegre.
- Segre, M. (1997). O Conceito de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31 (5), 538 – 542.
- Seley, H. (1982). History and present Status of the Stress Concept. In L. Goldberger and S. Breznitz. *Handbook of stress: Theoretical and Clinical Aspects*. The Free Press, New York.
- Sheehy, G. (2003). *New passages: mapping your life across time*. Ballantine Books, New York.
- Silverman, M. M.; Meyer, P. M.; Sloane, F.; Raffel, M. e Pratt, D. M. (1997). The Big Ten Student Suicide Study: A 10 Year Study of Suicides on Midwestern University Campuses. *Suicide & Life*. L 997, 27 (3), 285.
- Simon, R. (1989). *Psicología Preventiva: Novos Fundamentos*. EPU, São Paulo.

- Sluzki, C. E. (1997). *A Rede Social na Prática Sistêmica: Alternativas Terapêuticas*. Casa do Psicólogo, São Paulo.
- Sousa, L. M. (2005). *Significados e Sentidos das Casas Estudantis: Um estudo sobre jovens universitários*. Dissertação apresentada no Programa de Pós Graduação de Psicologia da Universidade Católica de Goiás. Goiânia-GO.
- Souza, E. D., Minayo, M. C. S. & Malaquias, J. V. (2002). Suicídio de Jovens nas Principais Capitais do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 18 (3), 673-683.
- Tashima, D. (2004). *Indicadores de risco de suicídio em estudantes universitários*. Dissertação de Mestrado, UnB, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. Brasília - DF.
- Tavares, M., Montenegro, B. e Prieto, D. (2004). Modelos de Prevenção do Suicídio: Princípios e Estratégias. In: Maluschke, G.; Bucher-Maluschke, J. & Hermans, K. *Direitos Humanos e Violência: Desafios da Ciência e da Prática*. Fundação Konrad Adenauer, Fortaleza.
- Tavares, M.S.A. & cols. (2005). *Relatório do Iº Seminário de Serviços de Apoio Psicológico e Social a Estudantes nas Universidades Brasileiras*. Brasília. (documento não publicado).
- Tureck, G. (1999). O Suicídio e Sua Relação com o Comportamento Impulsivo-Agressivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (2), 18-22.
- Waiselfisz, J. J. (2004). *Relatório de Desenvolvimento Juvenil de 2003*. UNESCO, Brasília.
- Wechsler, H.; Davenport, A.; Dowdall, G.; Moeykens, B. & Castillo, S. (1994). Health and Behavioral Consequências of Binge Drinking in College. *Journal of the American Medical Association*, 272, 1672-1677.

- Wechsler, H., Isaac, N. (1992). Binge Drinkers at Massachusetts Colleges: prevalence, drinking style, time trends, and associated problems. *Journal of the American Medical Association*, 267, 29-31.
- Werlang, B. G.; Botega, N.J. (2004). *Comportamento Suicida*. Artmed, Porto Alegre.
- Windle, M. (2003). Alcohol Use Among Adolescents and Young Adults. *Alcohol Research and Health*. Washington, 27(1), 79.
- World Health Organization (WHO). Carta de Otawa. Saúde para Todos no ano 2000,1986.
- Disponível em
- http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/contendo_frame.asp?cod_noticia=202
- WHOOQL-Group (1995). The World Health Organization, 1995. *Social Science and Medicine*; 10,1403 – 1409.
- United Nations Populations Fund (UNFPA) (2003). *UNFPA & Young People*. New York. USA.
- Vilela, A. J.J. (2003). *Uma Revisão Sobre os Alojamentos Universitários no Brasil*. Trabalho apresentado no 5º Seminário DOCOMOMO. São Carlos, São Paulo.
- Voelker, R. (2003). Mounting Student Depression Taxing Campus Mental Health Services. *JAMA. Academic Research Library*: 289 (16), 2055.
- Yung, A. & McGorry, P.D. (1996) The Prodromal Phase of First-Episode psychosis: Past and Current Conceptualization. *Schizophrenia Bulletin*, 22, 353 – 370.

ANEXOS