

AMILTON DOS SANTOS JÚNIOR

**IDENTIDADE, DISCRIMINAÇÃO E SAÚDE MENTAL EM
ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS**

CAMPINAS

2011



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
Faculdade de Ciências Médicas

IDENTIDADE, DISCRIMINAÇÃO E SAÚDE MENTAL EM ESTUDANTES
UNIVERSITÁRIOS

Amilton dos Santos Júnior

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas – FCM– Unicamp – para obtenção de título de Mestre em Ciências, área de concentração em Saúde da Criança e do Adolescente. Sob orientação do Prof. Dr. Paulo Dalgalarondo

CAMPINAS, 2011

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA POR
ROSANA EVANGELISTA PODEROSO – CRB8/6652 - BIBLIOTECA DA FACULDADE
DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

Sa59i Santos Junior, Amilton dos, 1983 -
Identidade, discriminação e saúde mental em
estudantes universitários. / Amilton dos Santos Junior. --
Campinas, SP : [s.n.], 2011.

Orientador : Paulo Dalgalarondo
Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de
Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Crise de identidade. 2. Preconceito. 3. Drogas
ilícitas. 4. Intoxicação alcoólica. 5. Qualidade de vida.
I. Dalgalarondo, Paulo. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em inglês: Identity, discrimination and mental health in undergraduate students

Palavra-chave em inglês:

Identity crisis

Prejudice

Street drugs

Alcoholic intoxication

Quality of life

Área de concentração: Saúde da Criança e do Adolescente

Titulação: Mestre em Ciências

Banca examinadora:

Paulo Dalgalarondo [Orientador]

Maria Conceição do Rosário

Lília Freire Rodrigues de Souza Li

Data da defesa: 15-06-2011

Programa de Pós-Graduação: Faculdade de Ciências Médicas

Banca Examinadora de Dissertação de Mestrado

Aluno Amilton dos Santos Júnior

Orientador: Prof. Dr. Paulo Dalgalarondo

Membros:

Professor Doutor Paulo Dalgalarondo

Professora Doutora Maria Conceição do Rosário

Professora Doutora Lília Freire Rodrigues de Souza Li

Curso de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

Data: 15/06/2011

Dedicatória

Aos Familiares, Mestres, Amigos.

A quem tem curiosidades e gosta de aprender.

Agradecimentos

Ao orientador, Professor Doutor Paulo Dalgalarondo, por me empolgar, já há mais de uma década, com seu modo cativante de ensinar e de praticar a Psiquiatria, e por suas demonstrações constantes de incentivo, carinho e confiança.

À Grande Família: queridos pais, avós (*in memoriam*), irmãos, sobrinhos, cunhados, tios, primos e amigos (da turma da rua e de todas as outras escolas da vida). São as fontes de atribuições de sentido a esta minha trajetória.

Aos que me professoram ou que me professoraram em quaisquer momentos da existência, transmitindo não somente conhecimentos – acadêmicos ou profissionais - mas também afetos e vivências. Desta vasta equipe, certamente fazem parte os mestres de outras fases, o corpo docente do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da FCM-Unicamp e os professores das disciplinas que cursei na Pós-Graduação, bem como demais colegas de pesquisas e de profissão, médicos residentes, graduandos e, obviamente, quem mais e melhor pode ensinar a um médico: os próprios pacientes. Com todos compartilho os prazeres e as angústias de seguir aprendendo e de me interessar por tudo que é humano.

À Mestre Marly Coelho Carvalho Neves, psicóloga e pesquisadora, e à equipe que com ela trabalhou em seu próprio projeto de pesquisa de Mestrado, defendido em agosto de 2007. Ela é a admirável idealizadora, coletora e organizadora do banco de informações que, após sua autorização, foram utilizadas também para a efetivação do presente estudo.

A todos os alunos de graduação da Unicamp que participaram voluntariamente da coleta de dados e aos demais indivíduos e instâncias institucionais que contribuíram com a Mestre Marly Coelho Carvalho Neves, em seu projeto de pesquisa de Mestrado, e que dela também receberam os devidos agradecimentos em sua dissertação.

Aos colegas estrangeiros, Professora Doutora Nisha Dogra e Doutor Pablo Ronzoni, com quem estagiei em determinado período de minha formação, e que permanecem me auxiliando, na qualidade de coautores, com a revisão e a editoração dos artigos que fazem parte dos resultados da presente dissertação.

A todos os funcionários da Secretaria de Pós-Graduação da FCM-Unicamp, que, prestativos, em muito colaboraram para a resolução de dificuldades relacionadas ao andamento deste Mestrado.

Às Professoras Doutoras Eloisa Helena Rubello Valler Celeri e Renata Cruz Soares de Azevedo, que possibilitaram minha participação nos Programas de Estágio Docente (PED C), outro fruto importante deste Mestrado, nas disciplinas por elas ministradas junto ao curso de graduação em Medicina da FCM-Unicamp.

Aos Professores Doutores Cláudio Eduardo Muller Banzato, Lilia Freire Rodrigues de Souza Li e Nelson Filice de Barros, que compuseram a banca de qualificação e que forneceram importantes contribuições para o aprimoramento deste eterno estudante e pesquisador.

Ao Serviço de Bioestatística da Câmara de Pesquisa da FCM-Unicamp, principalmente a Helymar da Costa Machado, pela ajuda nas análises estatísticas necessárias a este estudo.

À Diretoria de Apoio Didático, Científico e Computacional da FCM-Unicamp, principalmente a Mário Moreira da Silva, pela confecção dos pôsteres relacionados a esta pesquisa e que foram ou que serão apresentados em eventos científicos.

A todos aqueles que sofrem ou sofreram as consequências nefastas de terem sido vítimas de qualquer forma de discriminação ou preconceito em algum momento de suas vidas.

Epígrafes

“[...]”
*Por que João sorria
se lhe perguntavam
que mistério é esse?
E propondo desenhos figurava
menos a resposta que
outra questão ao perguntante?”*

Trecho do fac-símile do poema de Carlos Drummond de Andrade que foi publicado no Correio da Manhã de 22 de novembro de 1967, três dias após a morte de João Guimarães Rosa.

“... Se quisermos realmente responder àquelas questões, precisamos nos desvencilhar das imagens preconcebidas e abordar esse universo e essa realidade, tentando entender o que há neles, e não o que esperamos que nos ofereçam.”

Clarice Cohn - Antropologia da criança.

“- A complexidade das coisas torna-se mais presente aqui na universidade – disse Bernard -, onde o movimento e a pressão da vida são extremos, e onde a excitação de simplesmente viver se torna a cada dia mais urgente. A cada instante, pesco algo de novo no fundo desse enorme saco de surpresas. O que sou eu? Indago. Isto? Não. Sou aquilo. Especialmente agora, que deixei uma sala e pessoas nela conversando [...] torna-se claro que não sou uno, nem simples, mas complexo, múltiplo. Em público, Bernard borbulha; em particular, é um ser secreto. É isso que não entendem, pois agora sem dúvida falam de mim [...] Não entendem que preciso passar pelas mais diversas transições; preciso estar atento às entradas e saídas de vários indivíduos que desempenham alternadamente o papel de Bernard. Sou anormalmente consciente das circunstâncias [...] Hoje percebi claramente que o pobre Simes, com sua cara cheia de espinhas, sofria com amargura por ser remota sua chance de causar boa impressão a Billy Jackson.”

Virginia Woolf - As ondas

Resumo

Objetivos: Pesquisar, em uma amostra de estudantes de graduação da Universidade Estadual de Campinas, se relatos de diferentes tipos de experiências de se sentir discriminado podem se relacionar a piores indicadores de qualidade de vida e a repercussões psicopatológicas, identificando possíveis fatores sociais, étnicos, demográficos e culturais com possível modulação sobre essas percepções. **Métodos:** Estudo de corte transversal, entre outubro de 2.005 a novembro de 2.006, incluindo estudantes de ambos os sexos, regularmente matriculados em diversos cursos dos períodos diurno e noturno e dos *campi* Barão Geraldo (Campinas) e Limeira, no qual foram analisadas respostas a um questionário anônimo, de autopreenchimento, aplicado em sala de aula, utilizando-se um tipo de amostra proporcional por áreas dos cursos de graduação. Foram utilizados instrumentos quantitativos para a avaliação de qualidade de vida (WHOQOL-Bref: *World Health Organization Quality of Life assessment* – forma abreviada), saúde mental (M.I.N.I.: *Mini International Neuropsychiatric Interview*); uso de risco de álcool (AUDIT: *The Alcohol Use Disorder Identification Test*); e uso de outras substâncias psicoativas (questionário baseado no método do Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas - CEBRID). Respostas quantitativas de estudantes brancos, negros e pardos foram comparadas por análise bivariada simples e respostas abertas de perguntas aplicadas apenas a negros/pardos foram estudadas por agrupamentos temáticos. Seguiu-se um pareamento do banco de dados primário em dois subgrupos: “brancos” e “negros/pardos”, estratificados de acordo com características socioeconômicas deste último e analisados tanto descritivamente quanto por testes não paramétricos (qui quadrado e Mann-Whitney) e modelos de regressão linear e logística (univariadas e multivariadas). O nível de significância adotado para a análise estatística foi de 5%. **Resultados:** 1.174 alunos foram incluídos no banco de dados primário (89,8% dos respondedores, sendo 1.001 brancos, 144 pardos e 29 negros) e 346 no banco secundário, pareado. Negros/pardos foram o grupo com mais desvantagens socioeconômicas, pior qualidade de vida e com diferenças internas em termos de assunção de identidade étnica ou racial, com negros referindo mais discriminação, porém demonstrando mais orgulho e exploração da cultura afro que pardos. Nos dois grupos, em conjunto, houve predomínio de

alunos menores de 26 anos, do sexo feminino e provenientes de famílias de baixo e médio nível socioeconômico. Indicadores de possíveis transtornos mentais e relatos de experiências de discriminação foram frequentes, principalmente os ligados à aparência física e ao nível socioeconômico. Houve correlações entre determinadas características sociodemográficas, tipos referidos de discriminação e respectivas influências sobre qualidade de vida, agrupamentos de queixas psicopatológicas e uso potencialmente de risco de substâncias psicoativas. **Conclusões:** Categorias de discriminação e características pessoais sugestivas de mais sentimentos de inferioridade se relacionaram predominantemente a queixas psicopatológicas afetivas, internalizadas, e a pior qualidade de vida, enquanto aquelas sugestivas de sentimentos de estar à parte da maioria, por características pessoais específicas, relacionaram-se mais a queixas ansiosas e a potencial uso de risco de álcool e de outras substâncias psicoativas.

Palavras-chave: 1. Crise de identidade; 2. Preconceito; 3. Drogas ilícitas; 4. Intoxicação alcoólica; 5. Qualidade de vida

Abstract

Objectives: To research, on a sample of undergraduate students from the University of Campinas, if reports of different kinds of experiences of feeling discriminated can be related to worse indicators of quality of life and to psychopathological repercussions, identifying possible social, ethnic, demographic and cultural factors which can exert modulation on these perceptions. **Methods:** Cross-sectional study, with data collected from October 2,005 to November 2,006, including students of both genders, regularly enrolled in various courses of daytime and nighttime periods from the campuses of Barão Geraldo (Campinas) and Limeira, in which there were analyzed answers to an anonymous self-administered questionnaire, applied in the classroom. Sample was proportional to the areas of the courses. Quantitative instruments were used to assess quality of life (WHOQOL-Bref: abbreviated World Health Organization Quality of Life assessment), mental health (M.I.N.I.: Mini International Neuropsychiatric Interview); potentially hazardous use of alcohol (AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test), and use of other psychoactive substances (an inventory based on the method of the Brazilian Center for Information on Psychotropic Drugs - CEBRID). Quantitative answers of White, Black and Brown students were compared by simple bivariate analysis and open answers to questions applied only to Black/Brown students were analyzed by thematic groupings. Secondly, it was performed a sample pairing procedure, with two groups (“Whites” and “Blacks/Browns”), matched according to socioeconomic characteristics of the latter. Subsequent analysis consisted of descriptive frequencies, non-parametric tests (chi-square and Mann-Whitney) and linear and logistic regressions models (both univariate and multivariate). The level of significance for the statistical analysis was 5%. **Results:** 1,174 students were included in the initial sample (89.8% of the respondents: 1,001 Whites, 144 Browns and 29 Blacks), and 346 in the matched sample. Black/Brown students were the group with more socioeconomic disadvantages, less quality of life and with internal differences in terms of assumption of ethnic or racial identity, with Blacks reporting more discrimination, but showing more pride and exploration of Afro culture than Browns. Considering the two groups together, there was a predominance of under than 26 year-old students, females and individuals from families of low and middle socioeconomic income.

Indicators of possible mental health disorders and experiences of discrimination were common, mostly those related to physical appearance and to socioeconomic status. There were correlations between certain social and demographic characteristics, specific reports of discrimination and influences on quality of life, on groups of psychological complaints and on potentially hazardous use of psychoactive substances. **Conclusions:** Categories of discrimination and personal characteristics suggestive of feelings of inferiority were mainly correlated to affective and internalized psychological complaints and to worse quality of life, while those suggestive of being apart from the mainstream, by specific personal characteristics, were more related to anxious complaints and potentially hazardous use of alcohol and other psychoactive substances.

Keywords: 1. Identity crisis; 2. Prejudice; 3. Street drugs; 4. Alcoholic intoxication; 5. Quality of life

Lista de siglas e abreviaturas

AUDIT	<i>The Alcohol Use Disorder Identification Test</i>
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Ensino Superior
CCG	Comissão Central de Graduação / Unicamp
CEBRID	Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CESET	Centro Superior de Educação Tecnológica da Unicamp
CID-10	Classificação Internacional de Doenças – décima edição
CR	Coeficiente de Rendimento
DAC	Diretoria Acadêmica / Unicamp
DSM-III-R	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – terceira edição revisada
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – quarta edição
FCM	Faculdade de Ciências Médicas / Unicamp
FE	Faculdade de Educação / Unicamp
FOP	Faculdade de Odontologia de Piracicaba / Unicamp
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
M.I.N.I.	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview</i>
OMS	Organização Mundial de Saúde
PEFOPEX	Programa Especial de Formação de Professores em Exercício / FE – Unicamp
PRDU	Pró-reitoria de Desenvolvimento Universitário

PROESF	Programa Especial para Formação de Professores em Exercício na Rede de Educação Infantil e Primeiras Séries do Ensino Fundamental da Rede Municipal da Região Metropolitana de Campinas / FE – Unicamp
SAPPE	Serviço de Assistência Psicológica e Psiquiátrica ao Estudante da Unicamp
SAS	<i>Statistical Analysis System</i>
SPSS	<i>Statistical Package for Social Sciences</i>
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

Lista de tabelas

Tabelas do capítulo de resultados

Recorte A	(formato de artigo, em inglês)	Página
Tabela A1	Economic, academic and demographic variables which did not show significant differences for Whites and Blacks/Browns	132
Tabela A2	Economic, academic and demographic significant differences for Whites and Blacks/Browns	133
Tabela A3	Answers to quantitative questions asked only for Black and Brown students	134
Tabela A4	Themes identified and examples of comments used by Black and Brown participants to describe their <i>identity regarding ethnic background</i>	135
Tabela A5	Themes identified and examples of comments used by Black and Brown participants to describe whether they <i>have felt discriminated for being Black/Brown</i>	137
Tabela A6	Themes identified and examples of comments used by Black and Brown participants to express <i>perceived racism in their current environment</i>	138
Recorte B		
Tabela B1	Medidas de tendência central e de dispersão dos escores em cada domínio da WHOQOL-Bref	140
Tabela B2	Medidas de tendência central e de dispersão dos escores em cada domínio da WHOQOL-Bref no subgrupo de alunos que se identificaram como de cor de pele negra ou parda	141
Tabela B3	Medidas de tendência central e de dispersão dos escores em cada domínio da WHOQOL-Bref no subgrupo pareado de alunos que se identificaram como de cor de pele branca	142
Tabela B4	Dados descritivos, para cada domínio da WHOQOL-Bref, dos sujeitos incluídos no teste de Mann-Whitney, distribuídos em relação à cor de pele	143

Tabela B5	Médias e somas das ordens dos escores em cada domínio da WHOQOL-Bref, de acordo com a situação dos alunos em relação à cor de pele	144
Tabela B6	Valores encontrados de U (Mann-Whitney), W (Wilcoxon), Z e p na comparação dos domínios de qualidade de vida dos alunos, separados de acordo com a cor de pele	145
Tabela B7	Análise de regressão linear multivariada para domínio físico de escala de qualidade de vida	146
Tabela B8	Análise de regressão linear multivariada para domínio psicológico de escala de qualidade de vida	147
Tabela B9	Análise de regressão linear multivariada para domínio social de escala de qualidade de vida	148
Tabela B10	Análise de regressão linear multivariada para domínio ambiental de escala de qualidade de vida	149
Recorte C	(formato de artigo, em inglês)	
Tabela C1	Descriptive frequencies of the final sample composition (n=346), including reports of perceived experiences of discrimination	175
Tabela C2	Prevalence of mental health outcomes	176
Tabela C3	Analyses of multivariate logistic regression for positive MINI self-evaluated diagnoses	178
Tabela C4	Analyses of multivariate logistic regression for outcomes related to use of psychoactive substances	181
Recorte D		
Tabela D1	Perfil sociodemográfico dos estudantes	183
Tabela D2	Análise de regressão logística multivariada para discriminação geral, por qualquer motivo, pelo menos uma vez na vida	185
Tabela D3	Análise de regressão logística multivariada para discriminação por aparência física	186

Tabela D4	Análise de regressão logística multivariada para discriminação socioeconômica	187
Tabela D5	Análise de regressão logística multivariada para discriminação por posições políticas	188
Tabela D6	Análise de regressão logística multivariada para discriminação por rendimento estudantil	189
Tabela D7	Análise de regressão logística multivariada para discriminação por roupas e adornos corporais	190
Tabela D8	Análise de regressão logística multivariada para discriminação por motivos religiosos	191
Tabela D9	Análise de regressão logística multivariada para discriminação por cor de pele	192
Tabela D10	Análise de regressão logística multivariada para discriminação por orientação sexual	193

Tabelas incluídas no apêndice

Recorte B

Página

Tabela ap.B1	Análise de regressão linear univariada sobre a relação das variáveis independentes com o escore do domínio físico da qualidade de vida	273
Tabela ap.B2	Análise de regressão linear univariada sobre a relação das variáveis independentes com o escore do domínio psicológico da qualidade de vida	274
Tabela ap.B3	Análise de regressão linear univariada sobre a relação das variáveis independentes com o escore do domínio social da qualidade de vida	275
Tabela ap.B4	Análise de regressão linear univariada sobre a relação das variáveis independentes com o escore do domínio ambiental da qualidade de vida	276

Recorte C

Tabela ap.C1	Análise de regressão logística univariada para qualquer categoria positiva avaliada pelo M.I.N.I.	277
Tabela ap.C2	Análise de regressão logística univariada para queixas depressivas episódicas atuais e sérias	278
Tabela ap.C3	Análise de regressão logística univariada para queixas depressivas menos severas, porém persistentes	279
Tabela ap.C4	Análise de regressão logística univariada para sintomas episódicos, paroxísticos e atuais de ansiedade	280
Tabela ap.C5	Análise de regressão logística univariada para sintomas persistentes de ansiedade, maior que a habitual	281
Tabela ap.C6	Análise de regressão logística univariada para insônia	282
Tabela ap.C7	Análise de regressão logística univariada para risco aumentado de suicídio	283
Tabela ap.C8	Análise de regressão logística univariada para uso potencialmente de risco de álcool	284
Tabela ap.C9	Análise de regressão logística univariada para uso de outras substâncias psicoativas, ilícitas	285

Tabela ap.C10	Análise de regressão logística univariada para comportamento de risco após beber ou usar substâncias psicoativas ilícitas	286
---------------	---	-----

Recorte D

Tabela ap.D1	Análise de regressão logística univariada para discriminação contra qualquer razão, ao menos uma vez na vida	287
Tabela ap.D2	Análise de regressão logística univariada para discriminação contra aparência física	289
Tabela ap.D3	Análise de regressão logística univariada para discriminação contra nível socioeconômico	291
Tabela ap.D4	Análise de regressão logística univariada para discriminação contra razões políticas	293
Tabela ap.D5	Análise de regressão logística univariada para discriminação contra desempenho acadêmico	295
Tabela ap.D6	Análise de regressão logística univariada para discriminação contra roupas e adornos corporais	297
Tabela ap.D7	Análise de regressão logística univariada para discriminação contra motivos religiosos	299
Tabela ap.D8	Análise de regressão logística univariada para discriminação contra cor de pele	301
Tabela ap.D9	Análise de regressão logística univariada para discriminação contra orientação sexual	303

Sumário

	Página
Lista de siglas e abreviaturas	xv
Lista de tabelas	xix
Resumo	xxiii
<i>Abstract</i>	xxvii
1. Introdução	43
- 1.1. Concepções de identidade	45
- 1.2. Juventude e identidade	47
- 1.3 Jovens, vida universitária e saúde mental	52
- 1.4. Discriminação e saúde	55
- 1.5. A cor de pele enquanto um exemplo das concepções de identidade em uma amostra de jovens universitários	57
- 1.6. Marcas raciais, preconceito e discriminação	61
- 1.7. Discriminação e saúde	62
2. Justificativas	65
3. Objetivos	69
- 3.1. Geral	71
- 3.2. Específicos	71
4. Métodos	73
- 4.1. Sujeitos e local da pesquisa	75
- 4.2. Critérios de inclusão	76
- 4.3. Critérios de exclusão	76
- 4.4. Aprovação da pesquisa no Comitê de Ética	77
- 4.5. Construção do questionário	77

- 4.6. Estudo piloto	78
- 4.7. Instrumentos utilizados no questionário	79
- 4.8. Cálculo do tamanho amostral	85
- 4.9. Divisão da amostra	85
- 4.10. Coleta de dados	86
- 4.11. Recortes de apresentação dos dados	90
- 4.12. Bancos de dados	91
- 4.13. Variáveis do questionário estudadas em cada recorte	92
- 4.14. Procedimentos de análise dos dados	101
5. Resultados	107
- 5.1. Recorte A	110
- 5.2. Recorte B	139
- 5.3. Recorte C	150
- 5.4. Recorte D	182
6. Discussão geral dos resultados	195
- 6.1. Discussão dos resultados do banco de dados primário	197
- 6.2. Discussão dos resultados do banco de dados secundário	198
- 6.3. Limitações do estudo	203
7. Conclusões	207
8. Referências	211
9. Anexos	227
- Anexo 1 – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP- Unicamp)	229
- Anexo 2 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	231
- Anexo 3 – Regras de aplicação do questionário	233

- Anexo 4 – Relatório de aplicação de bordo	235
- Anexo 5 – Divisão da amostra pela Diretoria Acadêmica (DAC-Unicamp)	237
- Anexo 6 – Modelo final do questionário	241
10. Apêndices	269

1.Introdução

1. Introdução

Para se compreender adequadamente o objeto de estudo desta dissertação, as hipóteses e as questões que ela visa a abordar, faz-se necessário contextualizar alguns temas básicos, referentes a identidade, discriminação e saúde mental. Neste sentido, revisam-se, a seguir, os tópicos ligados a: “concepções de identidade”; “juventude e identidade”; “jovens, vida universitária e saúde mental”; “discriminação e saúde”; “cor de pele enquanto um exemplo das concepções de identidade em uma amostra de jovens universitários”, “marcas raciais, preconceito e discriminação”, “racismo e saúde”.

1.1- Concepções de identidade

Identidade é um conceito dinâmico e embutido de valores, que, embora não formado simplesmente pela cultura, é dela derivado, resultando de atos simbólicos que adquirem sentido no interior de cadeias de diferenciação linguística (“ser isto” significa “não ser isso”, “não ser aquilo”, “não ser mais aquilo” e assim por diante). A identidade, assim como a diferença, não são criaturas de um mundo natural ou de um mundo transcendental, à espera de serem descobertas, reveladas, respeitadas ou toleradas. Pelo contrário, são elementos ativamente produzidos no mundo cultural e social por meio da linguagem, sempre em referência a determinados contextos simbólicos e suas respectivas marcas discursivas (1-2).

Stuart Hall (3) distingue três concepções muito diferentes de identidade, a saber:

- a) O sujeito do Iluminismo,
- b) O sujeito sociológico e
- c) O sujeito pós-moderno.

Para ele, o sujeito do Iluminismo apresentava uma concepção bastante “individualista” da identidade, baseada na atribuição da pessoa humana como um indivíduo

totalmente centrado, unificado, dotado das capacidades de razão, consciência e ação, cujo “centro” consistia em um núcleo interior que emergia quando o sujeito nascia e com ele se desenvolvia, ainda que permanecendo em um “*continuum*” essencial ao longo de toda a sua existência (3).

Refletindo a crescente complexidade do mundo moderno e a consciência de que o núcleo interior do sujeito não era autônomo e autossuficiente, a concepção sociológica clássica da identidade, segundo Hall (3), calcava-se na relação do indivíduo com outras pessoas que lhe representassem importância, mediando os valores, símbolos e sentidos – a cultura – dos mundos que ele habitava. Essa é uma visão formada pela interação entre o eu e a sociedade. O sujeito ainda era visto como tendo um núcleo ou “eu real”, definido biologicamente, porém modificado num diálogo contínuo com os mundos culturais “exteriores”. Dessa forma, tal noção de identidade costurava o sujeito à estrutura, a partir da aceção de que o indivíduo projeta a si próprio na cultura, ao mesmo tempo em que internaliza seus significados e valores, alinhando sentimentos subjetivos com os lugares objetivos ocupados no mundo social (3).

Ainda segundo Hall (3), a concepção do sujeito pós-moderno é bastante influenciada por avanços tecnológicos, mudanças institucionais e estruturais que vêm transformando as sociedades modernas desde o final do século XX. Isso está fragmentando as paisagens culturais de classe, gênero, sexualidade, etnia, raça e nacionalidade, que no passado tinham fornecido sólidas localizações dos indivíduos sociais. Essa nova configuração social não mais permite a conceituação da identidade em torno de um “eu” coerente, mas assume que o sujeito, ao invés de unificado e estável, está se tornando fragmentado e composto não por uma única, mas por várias identidades, algumas vezes contraditórias e não resolvidas. O próprio processo de identificação, através do qual são projetadas as identidades culturais, tornou-se mais provisório, variável e problemático. A identidade, de essencial, fixa ou permanente, passa a uma “celebração móvel”, formada e transformada continuamente em relação às formas pelas quais os indivíduos são representados ou interpelados nos diferentes sistemas culturais que os rodeiam (3).

Nessa construção histórica de identidades diferentes em distintos momentos, Hall aponta que a marca maior é a de um contínuo deslocamento e, se ainda há a sensação de uma identidade unificada desde o nascimento até a morte, isso decorre apenas da construção de cómodas “narrativas do eu”. A identidade plenamente unificada, completa, segura e coerente é uma fantasia. Ao invés disso, à medida que os sistemas de significação e representação cultural se multiplicam, o sujeito é confrontado por uma multiplicidade desconcertante e cambiante de identidades possíveis com as quais pode se identificar, ao menos temporariamente (3).

Mercer (4) afirma que a identidade somente se torna uma questão quando está em crise, quando algo que se supõe como fixo, coerente e estável é deslocado pela experiência da dúvida e da incerteza. É com base nessa colocação e em decorrência das mudanças do mundo contemporâneo que a questão da identidade está sendo bastante discutida na teoria social. Interessante é que, com base nessa mesma afirmação de Mercer, encontra-se uma justificativa para que, nos debates sobre identidade, seja necessariamente dado um enfoque particular aos estudos de desenvolvimento humano que se concentram no período correspondente ao final da adolescência e início da idade adulta. Essa fase da juventude é justamente aquela que se define pela tentativa de consolidar os distintos e possíveis núcleos de identidade em meio a crises, instabilidades, incoerências, dúvidas e incertezas (4).

1.2- Juventude e identidade

A Organização Mundial da Saúde (OMS) situa a adolescência no período de vida dos dez aos 20 anos. A OMS, por outro lado, também caracteriza outro grupo, dos 15 aos 24 anos, como período juvenil (5). Essa divisão possibilita olhar para a adolescência considerando os desenvolvimentos físico, fisiológico, social e psicológico. O desenvolvimento psicológico, que não tem uma idade estabelecida para se concretizar, será o elemento definidor dessa fase do desenvolvimento (6).

Do mesmo modo que afirmou o caráter moderno da infância, Aries (7) acredita que a adolescência também nasceu sob o signo da Modernidade, a partir do século XX. Para ele, somente após a implantação do sentimento de infância, no século XIX, tornou-se possível a emergência da adolescência como uma fase com características peculiares e únicas, distintas dos outros momentos do desenvolvimento (8). A condição básica que favoreceu a “inauguração” da adolescência ocidental do século XX foi, principalmente, a possibilidade de prescindir da ajuda financeira dos jovens que agora podem se dedicar mais tempo à formação profissional. Além disso, a realidade contemporânea e tecnicista exige cada vez maiores aperfeiçoamentos profissionais, levando a um aumento do período de preparação dos jovens para o ingresso no mercado de trabalho. Paralelamente, aumenta também o tempo de tutela das crianças pelos pais, uma vez que elas são mantidas mais tempo nas escolas (8). Em decorrência desses fatos, não é surpresa que a maioria da população discente das universidades encontra-se no momento da vida correspondente ao final da adolescência ou ao período juvenil, com seu desenvolvimento psicológico em fase de concretização (9).

Em princípio, a sociedade oferece aos jovens uma variedade estonteante de papéis possíveis para os adultos: “você pode ser o que quiser se realmente se esforçar para isso”. Na prática, entretanto, a maioria dos jovens têm opções restritas, gerando-se uma tensão que aumenta as dificuldades da adolescência enquanto o jovem procura um senso que faz a ponte entre as aspirações internas e as possibilidades externas (10).

Existem diferentes riscos associados à aceitação ou rejeição das identidades oferecidas pelo mundo dos adultos. Assumir uma identidade pouco atraente, que fica aquém das aspirações prévias, pode abalar a autoestima e predispor à depressão. No outro extremo, alguns jovens parecem definir sua identidade principalmente baseados na rejeição da autoridade e das normas dos adultos, predispondo-os à delinquência e ao abuso de substâncias. Uma identidade baseada na rejeição de valores dos adultos Às vezes parece refletir o impacto cumulativo das críticas dos pais, fracasso na escola e posterior identificação com um grupo de delinquentes de sua idade (10).

Para Erik Erikson (11), a tarefa mais importante do final da adolescência e início da idade adulta é relacionada à construção da identidade pessoal, implicando em visões e construções da pessoa sobre quem ela é, quais são seus valores e as trajetórias que a orientarão durante a vida. No conflito entre aquisição de identidades e difusão de papel, o jovem luta para desenvolver o senso de igualdade e de continuidade interna, bem como a identificação com os pares e grupos sociais. Nesse contexto, é compreensível a preocupação com a aparência física, adoração de heróis e de ideologias, dúvidas vocacionais e quanto à confusão de papéis, identidade sexual, etc (11).

Nesse estágio, definido por Erikson como intermediário entre a moralidade aprendida pela criança e a ética a ser desenvolvida pelo adulto (11), o jovem tende a solidificar o compromisso com as concepções de si mesmo, valores, crenças e metas pessoais, recebendo a influência de fatores intra e interpessoais, bem como de fatores culturais (12). O sentimento de identidade pessoal no jovem ocorre de duas formas: percebendo-se como sendo o mesmo e contínuo no tempo e no espaço; e percebendo que os outros reconhecem essa continuidade (12).

Erickson (13) afirma:

Na puberdade e adolescência, para todas as permanências e continuidades previamente confiadas, há um maior ou menor questionamento [...] Os jovens, em seu crescimento e desenvolvimento, em face da revolução psicológica dentro deles e das questões adultas tangíveis diante deles, são agora preocupados primariamente com o que eles vão parecer aos olhos dos outros enquanto comparados com o que eles próprios sentem que sejam, e com a questão de como conectar os papéis e habilidades anteriormente cultivados com os protótipos ocupacionais [...] Trata-se da habilidade de integrar todas as identificações com as vicissitudes da libido, com as aptidões desenvolvidas e com as oportunidades oferecidas pelos papéis sociais. O desejo é de manter a confiança que o senso de permanência e continuidade do passado encontram-se com as suas atuais perspectivas de significados para outros.

Trabalhando com os conceitos de Erikson sobre a formação da identidade pelo adolescente, Marcia (14) afirma que esta ocorre a partir de duas dimensões: uma de crise ou exploração, quando antigos valores e crenças são reexaminados - de forma tumultuada ou gradual - e outra de comprometimento ou compromisso, marcado por investimento nas questões que o indivíduo mais valoriza e com as quais se preocupa.

A partir das combinações entre exploração e comprometimento, Marcia (14) propôs quatro estados básicos de identidade do jovem, a saber:

- a) Execução (“*the foreclosed subject*”),
- b) Difusão (“*the identity-confused subject*”),
- c) Moratória (“*the moratorium subject*”)
- d) Construção (“*the identity achieved subject*”)

No estado de execução, o jovem persegue metas estabelecidas por figuras de referência, sem haver propriamente uma crise de identidade. Este pode ser um estágio total ou uma fase inicial, quando ainda está partindo de valores infantis no processo de formação da identidade adulta (14).

Na difusão também não ocorre crise, embora esta possa ter ocorrido em um período anterior. A difusão pode corresponder ao que Erikson determinava como fracasso do conflito básico desse período do desenvolvimento, com o jovem não alcançando nenhum comprometimento e não estando particularmente preocupado em aceitar compromissos. Todavia, assim como a exploração, essa pode ser uma fase inicial do processo de consolidação da identidade entre adolescentes (14).

Na moratória psicossocial, o adolescente se debate com temas profissionais ou ideológicos, ainda sem escolhas definidas e em plena crise de papéis. Este é um período de autoquestionamento e que pode promover de fato o caminho para o estado de construção, em que o jovem faz suas escolhas e persegue com comprometimento suas metas profissionais ou ideológicas (14).

Na sociedade contemporânea, muitos desses temas ligados às identidades juvenis não são totalmente construídos até os anos do ensino superior (ou mesmo depois). Pesquisas empíricas voltam-se das noções globais de identidade na juventude para focalizarem prioritariamente o desenvolvimento de autoconceitos específicos. Com crescente sofisticação cognitiva, as visões dos jovens sobre si mesmos tornam-se mais diferenciadas e melhor organizadas (15).

Existem distintas dimensões dos autoconceitos juvenis, identificadas através de diversos contextos, como relações sociais, aparência física, desempenho acadêmico, atividades atléticas, moralidade e suas relações com um senso global de confiança. Adolescentes pesam estas dimensões de formas diferentes, dependendo se eles estão interagindo com seus colegas, pais ou professores, e é apenas com o tempo que estas discrepâncias declinam, para produzir uma autoimagem mais consoante e melhor integrada (16).

Além dessas dimensões, adolescentes e adultos jovens de grupos minoritários (minorias étnicas, raciais, sexuais, socioeconômicas, etc.) também devem enfrentar os desafios de consolidar em seus sentidos de identidade uma noção que seja simultaneamente a de seus grupos minoritários e a da cultura social predominante (17-18).

A adolescência e a idade adulta jovem são períodos exclusivos do desenvolvimento humano. Em psiquiatria, esses períodos são marcados pela possível ocorrência de transtornos mentais, que podem ser continuções daqueles da infância ou manifestações precoces daqueles dos adultos mais velhos. Os problemas comportamentais têm seu ponto máximo na adolescência, como delinquência, autoagressão deliberada, abuso de substâncias e transtornos alimentares (10).

As mudanças corporais durante a puberdade caracterizam, do ponto de vista fisiológico, o início da adolescência como um marco relativamente claro. Em contraste, o final da adolescência na sociedade contemporânea é bem menos explicitamente definido. O final da adolescência e a assunção do estado de adulto usualmente eram marcados pela ocorrência de eventos como o casamento, o começo de um emprego em tempo integral ou o alistamento militar. Atualmente, entretanto, os limites do final da adolescência estão mal

definidos, em decorrência das mesmas forças econômicas que ajudaram a criar a adolescência como um período distinto da vida nas sociedades industriais e pós-industriais (19).

O tempo de moratória vivido durante os anos do ensino superior se associa a um aumento de medianas de idade para o casamento (nos Estados Unidos, estas passaram de 21 anos para mulheres e 23 anos para homens em 1.970 para 25 anos para mulheres e 27 anos para homens em 1.996). Dessa forma, para muitos jovens, houve um atraso na aquisição dos papéis que caracterizam a fase adulta, em temas, por exemplo, tocantes ao trabalho, casamento e outros relacionamentos íntimos duradouros, paternidade/maternidade, emergência de relações mútuas e igualitárias com os pais e integração das novas atitudes através do tempo. As resoluções desses tópicos foram atrasadas para meados da terceira década de vida ou mesmo para o início da quarta (15).

1.3- Jovens, vida universitária e saúde mental

Estudos epidemiológicos indicam que muitos transtornos mentais têm maior chance de surgir pela primeira vez no início da vida adulta, de modo que muitos jovens apresentarão um primeiro episódio psiquiátrico durante o período universitário (20-23). Sabe-se que esses estudantes, além de passarem pelas perdas inerentes ao processo de desenvolvimento normal, em que taxas de sofrimento psíquico são elevadas, ao ingressarem na universidade, podem precisar sair da casa dos pais, separar-se dos amigos e de um círculo conhecido de relacionamentos sociais e familiares, o que pode desencadear situações de crise (20, 24). A transição do ensino médio para o ensino superior e toda a trajetória para o início da vida adulta são especialmente problemáticas. Nesse sentido, alguns estudos têm encontrado maior taxa de sofrimento mental entre jovens universitários, se comparados a outros jovens da mesma idade que não estão na universidade (25).

Em 2.009, o “*National Survey of Counseling Centers*” (26) pesquisou 302 centros de aconselhamento e atenção à saúde mental de universitários nos Estados Unidos, representando 2.6 milhões de estudantes elegíveis para atendimento nesses centros. Destes,

270.000 procuraram os serviços no ano anterior, sendo que 48.4% dos usuários tinham severos problemas psicológicos, com 16% deles necessitando de encaminhamento para avaliação psiquiátrica, 25% já fazendo uso de terapêutica psicofarmacológica e 7.4% apresentando grau tão elevado de prejuízo que não podiam permanecer na escola ou somente o faziam com auxílio psicológico/psiquiátrico extensivo. Entre os diretores desses centros, 91% acreditavam que houve um aumento no número de estudantes chegando ao *campus* já em uso de medicações psiquiátricas (26).

Guthman (27) afirma que transtornos mentais graves entre estudantes universitários são mais comuns atualmente que uma década atrás, com mais jovens iniciando os estudos superiores com condições psicopatológicas pré-existent e um desejo de procurar ajuda por estresse emocional. Dos 3.256 alunos que procuraram aconselhamento e foram por ele pesquisados, a maioria dos que preencheram critérios para pelo menos um transtorno mental - 96% do total - apresentava transtornos de humor e ansiosos, bem como transtornos de adaptação ou problemas associados a prejuízos no funcionamento social. Em dez anos, a porcentagem de alunos com quadros depressivos moderados a graves aumentou de 34% para 41%. Esse estudo também apontou um aumento de mais de 10% entre estudantes que faziam uso de medicações psiquiátricas (27).

No Brasil, estudos realizados em amostras de alunos universitários apontaram taxas de transtornos mentais comuns entre 22% e 35% (23, 28-31). Apesar de não poder atribuir causalidade num estudo do tipo transversal, sabe-se que as questões que retratam os aspectos internos da vida subjetiva do estudante são fundamentais no processo de adaptação do mesmo à vida universitária. Os estudantes que experimentaram maior dificuldade de socialização na vida escolar anterior apresentaram maior prevalência de transtornos mentais comuns (31). Nesse sentido, destacou-se a importância da assistência psicológica para estudantes universitários, a fim de prevenir a piora de sintomas e fortalecer estratégias de se lidar com condições adversas.

Além das categorias dos transtornos mentais internalizados, consequências comportamentais negativas que impactam no meio social também podem ser encontradas ao se estudar o a saúde mental de jovens universitários. O “*Youth Risk Behavior*

Surveillance – United States – 2,003” (32) consistiu em um levantamento a respeito de seis categorias de comportamentos ligados a piores desfechos, em termos de riscos de agravo à saúde de adultos jovens. As categorias pesquisadas nesse levantamento foram: atitudes que contribuem para danos não intencionais e violência; uso de tabaco; uso de álcool e outras drogas; comportamentos sexuais de risco para gestações não desejadas e doenças sexualmente transmissíveis; dietas não saudáveis; sedentarismo. Nesse estudo foi reportado que 70.8% de todas as mortes entre pessoas de dez a 24 anos resultaram de apenas quatro causas: acidentes automobilísticos, outros traumas não intencionais; homicídio; suicídio. Dos jovens pesquisados, nos últimos trinta dias: 30,2% haviam sido conduzidos em veículos nos quais o motorista estava sob efeito de álcool; 17,1% haviam andado armados; 44,9% haviam feito ingestão etílica; 22,4% haviam usado maconha. Ao longo do último ano antes do levantamento, 33% dos entrevistados haviam se envolvido em brigas e 8,5% haviam tentado suicídio. Dentre estudantes da “*High School*”, equivalente ao ensino médio brasileiro, 46,7% já haviam tido ao menos uma relação sexual; 37% dos estudantes sexualmente ativos já haviam tido relações desprotegidas; e 3,2% já haviam feito uso de substâncias psicoativas injetáveis. Ademais, 21,9% haviam fumado cigarros de tabaco nos trinta dias prévios ao levantamento; 78% não haviam ingerido ao menos cinco porções diárias de frutas/vegetais na última semana antes da pesquisa; 13,5% estavam acima do peso; e 33,4% não praticavam atividade física regular (32).

Dados do “*National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions 2,001-2,002*” (33), em que 5.092 pessoas com idades entre 19 e 25 anos foram estudadas, metade dos indivíduos havia preenchido critérios para algum transtorno mental ao longo do último ano. Embora a prevalência total de algum transtorno mental não fosse diferente entre indivíduos que frequentavam ou não o colégio, o risco de transtornos relacionados ao uso de álcool se mostrou significativamente maior entre os jovens que estudavam, antes de se proceder ao ajuste para características sociodemográficas. Menos de um quarto dos jovens com algum transtorno mental procurou ajuda. Outros trabalhos também referem que mais indivíduos dessa faixa etária fazem mais uso abusivo ou preenchem mais frequentemente critérios para síndrome de dependência a várias substâncias psicoativas do que pessoas de outras idades (33-34).

De acordo com as edições de 1.999 e 2.002 do “*National Household Survey on Drug Abuse*” (35), nos anos anteriores a esses levantamentos, uma porcentagem significativamente maior de estudantes entre 18 e 24 anos, comparados a jovens de mesma idade não estudantes, bebeu cinco ou mais doses de álcool em uma única ocasião no mês anterior (41,7% contra 36,5% em 1.999 e 43,2% contra 39,8% em 2.002), bem como dirigiu sob efeito de álcool no mês anterior (26,5% contra 19,8% em 1.999 e 31,4% contra 23,7% em 2.002). Entre 1.999 e 2.002, houve um aumento significativo (risco relativo = 1,18, com intervalo de confiança de 95% de 1,13 a 1,25) no número de jovens que dirigiram embriagados (35).

Além da importância de fatores do desenvolvimento enfrentados durante o início da fase adulta, é também observado que, nas universidades, semelhante ao restante da sociedade, indivíduos não são imunes a experiências de discriminação. Como resultado da exposição a eventos discriminatórios frequentes, estudantes podem apresentar riscos específicos para o desenvolvimento de problemas psicológicos, tentativas de suicídio e outros comportamentos de risco. Adolescentes a adultos jovens são particularmente suscetíveis a comentários e opiniões alheias em sua busca por aceitação. Experiências negativas de não aceitação, bem como vivências de atitudes discriminatórias, causam impacto significativo nas estruturas de suas identidades (36).

1.4- Discriminação e saúde

De acordo com Ahmed (37), estereótipos são pensamentos categóricos sobre determinados grupos sociais que induzem indivíduos a verem membros de um grupo como muito similares uns aos outros e possuindo características comuns. Estereótipos negativos podem conduzir ao desenvolvimento de atitudes e pensamentos hostis em relação aos membros desses grupos (preconceito) e ao tratamento diferencial dos membros desses grupos, tanto em nível individual quanto institucional (discriminação).

Experiências e percepções de práticas discriminatórias podem ter impacto na saúde através de múltiplas vias. Relações de poder assimétricas entre grupos discriminantes

e discriminados, por si só, promovem consequências adversas, que podem ser observadas ao se refletirem em diferenças no *status* socioeconômico e em indicadores de saúde de diferentes grupos populacionais. Além disso, o acesso restrito a serviços e benefícios que promovem a saúde por grupos minoritários e socialmente em desvantagem é outro derivado das desigualdades sociais. Não menos importante é a percepção de experiências de discriminação em nível individual, aumentando o estresse psicológico e a propensão para agravos à saúde física e mental, bem como a comportamentos relacionados a práticas de saúde (38).

Pesquisas sobre adversidades à saúde relacionadas à discriminação empregam abordagens biopsicossociais que consideram, de forma mais ou menos explícita, as interações entre o contexto social e seus impactos fisiológicos e psicológicos, bem como a mediação dessas ligações por características demográficas, comportamentais ou pessoais (39-40).

Atitudes discriminatórias são aquelas que denigrem, excluem ou negam igualdade de direitos a pessoas devido a características particulares, como aparência física, orientação sexual, nível socioeconômico, cor de pele, etc. A dimensão subjetiva da percepção de atitudes discriminatórias é muito importante em termos de como os contextos sociais negativos respondem e impactam na saúde. Embora, em termos de pesquisa, seja difícil desagregar discriminação real das percepções ou vivências de experiências discriminatórias, estas, por si mesmas, são suficientes para reduzir o estado de saúde física e mental das pessoas que as reportam (41-45). Além disso, membros de grupos minoritários tendem a minimizar suas experiências de discriminação como forma de manterem seu estado de autoestima e a percepção de controle de desempenho de domínios sociais (46).

Talvez os caminhos mais estudados entre percepção de discriminação e consequências negativas à saúde sejam aqueles relacionados à saúde mental, em que a discriminação funciona como um estressor, mas a elaboração da vivência discriminatória internalizada também repercute na autoestima e na identidade, com potencial de ocorrência de estresse psicológico, menor satisfação e qualidade de vida, sintomas depressivos e ansiosos, entre outros indicativos de sofrimento psíquico. Na maioria dos estudos

relacionados a esse tema, experiências de discriminação são associadas a piores níveis de saúde mental e a mais estresse psicossocial, podendo essa associação ser também moderada por níveis educacionais, identidade de grupos culturais, suporte social, envolvimento em redes de apoio e em grupos religiosos, além de estratégias individuais para se lidar com estresse crônico (40).

A discriminação também pode ser um fator contribuinte para aumento em comportamentos de risco, como tabagismo, uso de álcool e substâncias psicoativas ilícitas, padrões alimentares e de sono disfuncionais, relações sexuais desprotegidas, etc. Estes, por sua vez, mesmo podendo ser um modo de lidar com experiências de estresse, frustração e raiva provocadas por vivências de discriminação, também apresentam efeitos negativos à saúde (40).

1.5- A cor de pele enquanto um exemplo das concepções de identidade em uma amostra de jovens universitários

Abordagens sensatas no campo dos estudos raciais exigem que sujeitos sejam referidos desde a perspectiva da genética de populações às construções sociais e culturais dos conceitos de raça e etnia. Existem ideologias profundamente enraizadas em todos os enfoques da temática. Separar ideologia e teoria é sempre uma tarefa difícil, mas parece ser algo particularmente problemático no estudo dos efeitos de raça e etnia sobre a saúde. Embora a realidade biológica de raça continue a ser evidente para alguns pesquisadores, é igualmente evidente a diversos outros a realidade da raça como uma entidade culturalmente construída. O estudo das disparidades raciais e étnicas na saúde requer uma abordagem combinada entre aspectos biológicos e culturais (47).

Há uma tendência atual à concordância entre antropólogos físicos e geneticistas de que, do ponto de vista biológico, raças humanas não existem, ocorrendo enquanto construtos ideologicamente sustentados e que variam com as épocas e contextos. Peculiaridades físicas de um indivíduo são constantemente utilizadas para categorização racial, exercendo, portanto, um papel influente nas relações sociais. Entretanto, acredita-se

que alguns traços oligogênicos tenham emergido devido a adaptações a fatores ambientais seletivos, como aquecimento e radiação solar, sendo errônea sua utilização como marcadores de "raça" (48).

Raça não pode ser confundida nem usada como sinônimo de etnia. Enquanto raça é habitualmente definida com base em características físicas, origem geográfica ou herança biológica comum, etnia é um conceito que incorpora variáveis sociais, culturais, religiosas, linguísticas e dietéticas para identificar as pessoas e populações (49). Grupos raciais, definidos biologicamente, originaram-se da separação geográfica imposta por barreiras físicas (oceanos, montanhas) enquanto grupos étnicos surgiram por diferenças na religião, tradição cultural e/ou linguística (50).

Novos paradigmas de estrutura da diversidade humana não devem considerar os indivíduos divididos em raças ou populações, mas em seis bilhões de pessoas com genomas diferentes, com graus maiores ou menores de parentesco em suas variedades de linhagens genealógicas, e com distintas representações sobre suas ancestralidades e sentidos de pertencimento étnico. Trata-se de um modelo que valoriza cada ser humano como único, em vez de enfatizar um agrupamento em uma população específica. Esta consideração é solidamente alicerçada na biologia, especialmente na demonstração molecular da singularidade genética e na comprovação da origem única e recente da humanidade moderna na África (51).

Vários são os países que incluem nos seus levantamentos estatísticos a classificação dos seus habitantes segundo a sua origem étnica e/ou racial. Com populações crescentemente diversificadas na sua composição, fruto de processos mais ou menos recentes de imigração, de aportes variados desde a sua fundação como Estado-Nação, e da contribuição forçada pelo tráfico escravo e a experiência colonizadora, a identificação das imprecisas fronteiras étnico-raciais apresenta não poucos desafios conceituais e metodológicos. A estes processos se acrescenta que a construção social das identidades étnico-raciais é, por sua vez, informada pela maneira como os aparelhos estatísticos codificam os respectivos grupos. As classificações, assim resultantes, expressam um caráter político da operação censitária, com influências na coleta, interpretação e publicação dos

dados (52).

Todo esforço deve ser feito em prol de uma sociedade que valorize e cultive a individualidade e na qual cada um tenha liberdade de assumir, por escolha pessoal, uma pluralidade de identidades, em vez de um rótulo único, imposto pela coletividade (51). Nessa perspectiva, pesquisas recentes têm priorizado a utilização da identificação racial pelo próprio entrevistado, deixando a sua livre escolha a expressão desse aspecto da identidade, conquanto um movimento de assunção do caráter eminentemente subjetivo das respostas. Trata-se de uma definição "ativa" da origem, que remete à evocação de um passado compartilhado, mesmo se miticamente imaginado, que pode também ser fruto de mobilização étnica consciente (52).

A autoclassificação é o método geralmente usado nos Censos Demográficos da maioria dos países, incluindo o Brasil, em que a classificação racial é registrada, mas diferindo entre eles o critério para definir raça e os seus subgrupos, de forma que as pessoas podem se declarar como pertencendo a um grupo racial de acordo às várias definições (50).

No Brasil, cor é um termo utilizado como equivalente de raça, com acepção mais corrente, talvez por supostamente distinguir indivíduos com base em uma avaliação fenotípica complexa, que apreende um contínuo de variações. Além da pigmentação da pele, também são considerados na classificação traços como cor e textura de cabelos, forma de lábios e de nariz, etc (48). Censos desde 1.872 utilizam esse critério fenotípico, de aparência física, na sua metodologia. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as pessoas têm as opções de se autodeclarar, de acordo com a sua cor de pele, como: branco, preto, amarelo, indígena, pardo ou sem declaração (50, 54).

Percebe-se, por estas opções, certa interposição de cor com etnia, uma vez que ser indígena não se refere a uma cor específica, podendo ser também definido por ancestralidade. O Censo brasileiro resume a mistura de todas as raças como "parda", apesar dessa palavra ser raramente usada pelos brasileiros para definir cor de pele. A palavra preferida para as pessoas categorizadas como pardas definirem sua cor é "moreno". Além disso, a forma de se declarar muda de acordo com o desejo de ser aceito em um grupo social dominante, sendo comum o entrevistado "embranquecer" sua cor quando ele quer dar

ao entrevistador a impressão de possuir um *status* socioeconômico superior (50, 53).

Muitos estudos nacionais governamentais consideram a raça negra como a soma dos nascidos vivos de cor preta e parda, enquanto são considerados indígenas todos aqueles que se declaram como tal; os amarelos representam os asiáticos e os brancos aqueles de cor branca (54).

A ênfase nacional sobre a aparência física, ao invés da ancestralidade, pode ser exemplificada pelo fato de, em um amplo inquérito no qual foram perguntados sobre suas origens (sendo admitidas múltiplas respostas à questão), menos de 10% dos brasileiros de cor preta entrevistados terem respondido a África como uma das possibilidades. Embora haja níveis amplos de combinações genéticas e a ideologia da "democracia racial", considerada mítica por muitos, existe no Brasil um disseminado preconceito social que parece ser particularmente conectado à aparência física do indivíduo (48).

Por um lado, existe uma tradição presente no interior do pensamento social brasileiro que aponta no sentido de os indivíduos ditos pardos ocuparem um local diferenciado no interior da pirâmide social (53). Deste modo, estes agentes teriam a sua disposição uma válvula de escape para evitar as formas mais duras de discriminação que se abateriam sobre os negros portadores de marcas raciais mais intensivamente negroides (55). Isso ocorre dado que assumir a identidade racial negra no Brasil é um processo extremamente difícil e doloroso, considerando-se que os modelos "bons", "positivos" e de "sucesso" de identidades negras são poucos, não muito divulgados e há desrespeito à diferença em meio à diversidade de identidades raciais/étnicas (56).

Contudo, outro aspecto desta mesma realidade é o de que índices sociais dos autodeclarados pretos e dos autodeclarados pardos seriam antes convergentes do que discrepantes, dado que brancos parecem desfrutar vantagens substanciais no mercado de trabalho, sendo, assim, claramente diferenciados dos não brancos. Deste modo o estado da arte do estudo das desigualdades raciais brasileiras, baseado nos dados demográficos, aponta para uma bipolaridade básica entre os indicadores dos brancos, por um lado, e dos pretos e dos pardos, por outro lado. Assim, negros (incluindo pretos e pardos) e brancos formam grupos de *status* diferenciados, sendo a modalidade do preconceito racial no Brasil

definida em torno de "marcas raciais" (57-58).

1.6- Marcas raciais, preconceito e discriminação

No contexto da mestiçagem, ser negro possui vários significados, que resultam da escolha da identidade racial que tem a ancestralidade africana como origem (afrodescendente). Ou seja, ser negro, é, essencialmente, um posicionamento político em que se assume a identidade racial negra (56).

O termo racismo refere-se a um sistema organizado em torno de uma ideologia de inferioridade, que categoriza socialmente os grupos populacionais em raças, confere um "*status*" hierárquico aos grupos assim delimitados e utiliza esse "*ranking*" para preferencialmente alocar mercadorias e recursos àqueles que são considerados superiores. Isso frequentemente conduz ao desenvolvimento de atitudes e crenças negativas em relação aos membros marginalizados (preconceito) e a um tratamento diferencial que os prejudica, tanto nos planos individuais como institucionais (discriminação) (37).

A emergência do racismo e a cristalização do conceito de raças coincidiram historicamente com dois fenômenos da era moderna: o início do tráfico de escravos da África para as Américas e o esvanecimento do tradicional espírito religioso em favor de interpretações ditas científicas da natureza. Entre os séculos XVII e XVIII, modelos estruturais da diversidade humana, tipológicos e com base na divisão em raças definidas, trouxeram a crença de que estas possuíam diferenças biológicas substanciais e demarcadas, com homogeneidade interna. A partir de novas perspectivas históricas, sociais e de estudos sobre o genoma humano, esses conceitos se tornaram obsoletos, o que não impediu, entretanto, que permanecessem integrados à trama social (51).

O preconceito e a discriminação no plano individual são comumente usados como indicadores de racismo em uma sociedade. Entretanto, o racismo frequentemente persiste em estruturas institucionais e políticas mesmo quando há o declínio do preconceito racial no contexto entre os indivíduos. Além do mais, estereótipos negativos raciais são

uma fonte adicional de comportamento discriminatório até entre pessoas que não sofrem preconceito. Estereótipos são crenças categóricas sobre grupos sociais que induzem indivíduos a verem membros de um grupo como muito similares uns aos outros e possuindo características comuns (37).

Essas "normas de imagem somática", muito influenciadas pelos estereótipos, são critérios decisivos em termos das trajetórias educacionais, ocupacionais e matrimoniais que os distintos indivíduos, portadores das distintas marcas raciais, poderão esperar percorrer ao longo do seu ciclo de vida (59).

Dessa forma, pode-se pensar que, no Brasil, o preconceito racial, de acordo com as marcas raciais, encontra tradução nos dados empíricos da realidade, na qual os índices apresentados pelos indivíduos de cor preta e parda revelaram-se semelhantemente distantes dos indicadores sociais dos brancos (57-58).

1.7- Discriminação e saúde

Uma das principais iniciativas da pesquisa em saúde pública em todo o mundo é compreender suas disparidades (47, 60-61), dada a referência a diferenças na morbidade, mortalidade e acesso aos serviços de cuidados entre grupos populacionais (47). Em quase todos os índices medidos, indivíduos de origem africana sofrem em relação aos de origem europeia e, muitas vezes, também em relação a outros grupos (47).

Embora a autenticidade biológica das raças continue uma questão controversa, a importância social das mesmas na saúde é incontestável. Sabe-se que desigualdades sociais influenciam de forma substancial as disparidades. Entretanto, a persistência das diferenças entre os grupos étnicos, mesmo quando o desnivelamento socioeconômico é considerado, tem estimulado interesse científico em identificar outros aspectos que afetam de forma adversa a saúde física e mental de indivíduos de determinados grupos populacionais. Nesse cenário, a discriminação tem emergido como um importante fator de risco, associado a múltiplos indicadores desfavoráveis (62).

Uma linha crescente na literatura sugere que há múltiplas formas nas quais o racismo, em uma sociedade, pode afetar adversamente a saúde. Primeiramente, e mais importante, a discriminação institucional pode atuar criando diferenças entre ambientes residenciais, nível socioeconômico e acesso a bens e serviços. A discriminação também pode afetar a saúde por determinar o acesso aos cuidados médicos. Em terceiro lugar, a internalização de ideologias sociais racistas por membros de grupos não dominantes e a caracterização negativa destes grupos podem também repercutir em consequências para a saúde. Finalmente, experiências de discriminação podem ser um estressor psicossocial até agora negligenciado, com consequências negativas (37).

A estratificação racial é consistentemente refletida na incapacidade de distribuição equitativa dos cuidados, independente das políticas ou ideologias nacionais, em todas as regiões envolvidas na diáspora africana (63). Central ao racismo é a lógica de inferioridade que pode afetar grupos não dominantes, porque alguns membros de populações marginalizadas aceitam como verdadeira a ideologia sobre sua inferioridade. A existência desses estereótipos negativos pode promover formas de discriminação conscientes e inconscientes à população estigmatizada (37).

Assim, o estresse crônico, proveniente da experiência do racismo e da desigualdade social que ele gera, torna-se um determinante subjacente às persistentes disparidades raciais na saúde (64).

Experiências discriminatórias podem incluir eventos de vida traumáticos, estressores crônicos e incômodos diários. Eventos de vida traumáticos são fatores, agudos ou crônicos, que um indivíduo percebe como potencialmente ameaçadores à vida ou à integridade física de si mesmo ou de membros de sua família. Podem incluir condições específicas do indivíduo, como testemunhar um sequestro ou assalto, ou traumas coletivos, como desastres naturais, guerras e outras formas de violência de massa e de traumas históricos. Estressores crônicos podem incluir tratamento discriminatório a si no trabalho ou na escola. Incômodos diários são irritações menores (37).

O estresse psicossocial crônico resulta em alterações nos sistemas neuroendócrino, autonômico e imunológico, o que acarreta mudanças na fisiologia e no

comportamento, eventualmente resultando em efeitos à saúde (65). A resposta neuroendócrina ao estresse inclui a ativação do sistema nervoso simpático e do eixo que inclui hipotálamo e glândulas hipófise e adrenal, com aumento na liberação de catecolaminas (adrenalina e noradrenalina) e de cortisol. A resposta imune ao estresse inclui, entre outras, alterações no conjunto de linfócitos, de respostas linfocitárias proliferativas em resposta a alterações neoplásicas e a agentes infecciosos (66). O excesso de ativação adrenérgica pode acarretar aumento nos níveis tensionais e cardiopatias, além de outros agravos.

Sintomas psicopatológicos e efeitos na saúde mental são os resultados mais frequentes da percepção da discriminação, além de terem maior força e consistência de associações. Medidas específicas examinadas incluem o nível geral de saúde mental ou de estresse psicológico, depressão, ansiedade, sintomas obsessivos e compulsivos, afeto negativo, psicose e satisfação quanto à qualidade de vida. Estes achados podem refletir os efeitos imediatos de eventos de vida negativos na saúde mental, ou seja, percepções de discriminação podem causar estresse psicossocial e resultar direta e imediatamente em pior saúde mental. De forma similar, a discriminação percebida é associada com a adoção de comportamentos que prejudicam a saúde, como transtornos relacionados ao uso de álcool e nicotina. Além disso, pacientes que percebem a discriminação pelos provedores de cuidados podem ser menos propensos a acessar os serviços de atenção à saúde (37, 67).

2. Justificativas

2. Justificativas

Um tema/problema costuma ser escolhido, por um lado, fundamentado em indagações pessoais do pesquisador e, por outro lado, no critério da relevância social de tal estudo, conforme atesta a literatura acadêmica, e assim contribuir para a ampliação e/ou criação de conhecimentos no campo das ciências (68). Embora muito se discuta, há poucos estudos nacionais que avaliam de forma objetiva a ocorrência de quadros psicopatológicos em indivíduos que vivenciam as repercussões de atitudes e práticas discriminatórias contra si e/ou seus grupos socioculturais.

Em sua maioria, estudantes universitários estão vivendo o final da adolescência ou são adultos jovens, períodos de suas vidas fundamentais na consolidação do desenvolvimento de suas identidades psicossociais. Dessa forma, o presente projeto de pesquisa se justifica pela importância em se obter informações de como estudantes constituem as representações que os remetem às noções de identidade e lidam com as mesmas, visto que, num plano individual, estas têm impacto significativo na estruturação de suas personalidades e podem influenciar aspectos de saúde mental dos mesmos.

Embora uma amostra de estudantes selecionados possa reduzir as diferenças em termos de experiências de discriminação, devido à similaridade contextual e a uma seleção de indivíduos com mais resiliência e de alto funcionamento, investigar as relações entre discriminação e saúde mental nesse grupo populacional é importante porque é sugerido que a discriminação tenha aumentado ao longo dos anos nos *campi* universitários.

Além disso, em uma abordagem da coletividade, esses indivíduos são dotados de alto potencial de representatividade, visto que, dentro de suas respectivas áreas de atuação futuras, suas opiniões e práticas terão o poder de influenciar a malha social em que estão inseridos, reproduzindo-a ou alterando-a.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) tem em registro cerca de 1.000 trabalhos enfocando o estudante universitário e são acessíveis por meio de página na internet (69). Apesar da existência de inúmeras pesquisas, dissertações de mestrado e teses de doutorado no Brasil envolvendo os discentes das

universidades, não há estudos que enfoquem o tema de diferentes categorias de discriminação e suas relações com identidade e saúde mental nesse grupo populacional.

Entender o impacto da discriminação em um amplo leque de possíveis desfechos psicopatológicos negativos para indivíduos naturalmente expostos a diversos estressores (intrínsecos, relativos à idade e ao *status* de estudantes universitários) é um modo de aprofundar-se no estudo das implicações abrangentes desse controverso tópico social.

O estudo possibilitou a organização de artigos divulgando informações relevantes sobre identidade, discriminação e saúde mental em uma amostra de alunos da Unicamp. Os artigos farão parte do corpo desta dissertação. Frente à problemática descrita como situações de crise, são necessários estudos, ações de promoção e de prevenção na área de saúde mental que levem em conta os tópicos derivados das implicações de experiências discriminatórias na construção e sedimentação das identidades psicossociais de alunos.

Além destes aspectos, o treinamento em pesquisa tem a justificativa pedagógica para este pesquisador de acurar seu aprendizado, tanto considerando o preparo e a organização do material de estudos, ora ocorrendo na pós-graduação em Ciências, área de concentração em Saúde da Criança e do Adolescente, quanto em sua prática de médico psiquiatra e psicoterapeuta, que não deve desconsiderar a importância dos tópicos abordados nessa pesquisa quando em situações clínicas assistenciais a populações discentes universitárias.

3. Objetivos

3. Objetivos

3.1- Objetivo geral

Identificar variáveis relevantes nas relações entre identidade, experiências de discriminação, qualidade de vida e saúde mental em uma amostra de estudantes universitários.

3.2- Objetivos específicos

3.2.1- Explorar diferenças econômicas, acadêmicas e demográficas entre os estudantes quanto a aspectos de identidade relacionados à cor de pele (**recorte A**).

3.2.2- Pesquisar se diferentes vivências discriminatórias podem se associar a piores indicadores de qualidade de vida, em particular comparando-se diferentes grupos pela cor de pele (**recorte B**).

3.2.3- Verificar como essas diferentes experiências de discriminação repercutem na saúde mental, incluindo uso de risco de álcool e de outras substâncias psicoativas e comportamentos de risco (**recorte C**).

3.2.4- Identificar fatores sociodemográficos e culturais associados à maior percepção de vivências discriminatórias (**recorte D**).

4. Métodos

4. Métodos

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

4.1- Sujeitos e local da pesquisa

A Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) foi oficialmente fundada em cinco de outubro de 1.966. Mesmo num contexto universitário recente, em que a universidade brasileira mais antiga tem pouco mais de sete décadas, a Unicamp pode ser considerada uma instituição jovem que já conquistou forte tradição no ensino, na pesquisa e nas relações com a sociedade (70).

A Unicamp tem quatro *campi* - em Campinas, Piracicaba e dois em Limeira – e compreende 74 unidades e outros órgãos, dentre os quais: 21 unidades de ensino e pesquisa, três hospitais e 24 bibliotecas. Além disso, a Unicamp tem se caracterizado por manter fortes ligações com a sociedade através de extensão e, em particular, de sua vasta área de saúde (70). A Unicamp mantém um extenso programa de assistência estudantil que compreende a concessão de bolsas, moradia estudantil, atendimento médico e odontológico, subsídios à alimentação, isenção de taxas do vestibular, subvenções a entidades estudantis. Dentre os serviços que o estudante de graduação pode reivindicar, há programas de bolsa pesquisa, destinados a cobrir projetos de iniciação científica, bolsa trabalho, bolsa alimentação e transporte, que auxiliam o estudante de graduação com dificuldades financeiras a se manter na universidade (seleção baseada em critérios socioeconômicos), bolsa emergência (atende a estudantes que estejam passando por dificuldades econômicas momentâneas), programas de orientação educacional e jurídica, além de assistência psiquiátrica e psicológica em nível preventivo e terapêutico. Quanto às atividades de ensino voltadas à graduação, em 2.009, foram oferecidas 3.310 vagas, com 45.940 candidatos inscritos (relação candidato/vaga de 13,9) para os 38 cursos diurnos e 20 cursos noturnos (70).

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

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

4.2- Critérios de inclusão

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

4.3- Critérios de exclusão

- Estudantes (“calouros”) do primeiro semestre do curso.
- Não estar regularmente matriculado.
- Alunos estrangeiros sem domínio da língua portuguesa.

4.4- Aprovação da pesquisa no Comitê de Ética

O projeto para a coleta de dados foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas (FCM/Unicamp) e aprovado em 17/08/2.004 (anexo um).

Os procedimentos éticos garantem aos entrevistados a liberdade assegurada de participação voluntária e o sigilo da identidade (no qual nenhum estudante será pessoalmente identificado pelo que responder no questionário), de acordo com os termos da Resolução 196 de dez de outubro de 1.996 do Conselho Nacional de Saúde, em vigor, que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos (71).

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

4.5- Construção do questionário

Foi elaborado um questionário anônimo, de autopreenchimento, composto por perguntas abertas e fechadas (na maior parte), contemplando os temas relevantes aos objetivos do estudo. Temas ligados à identidade psicossocial para estudantes de origem oriental não foram analisados neste trabalho.

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

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

O questionário passou por modificações até a obtenção da versão final. A primeira modificação decorreu do estudo piloto realizado em dezembro de 2.004. A segunda modificação procedeu das propostas sugeridas pelos coordenadores de curso, na apresentação da pesquisa na Comissão Central de Graduação (CCG), em junho de 2.005, com a participação do Pró-reitor de Graduação.

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

4.6- Estudo piloto

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

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

4.7- Instrumentos utilizados no questionário

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

4.7.1- Qualidade de vida (WHOQOL-Bref: forma abreviada da *World Health Organization Quality of Life-100 Assessment*)

Qualidade de vida é definida pela Organização Mundial de Saúde como as percepções de um indivíduo sobre suas posições na vida, dentro do contexto cultural e de sistemas de valores no qual ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (72).

A avaliação de qualidade de vida foi desenvolvida pelo grupo WHOQOL através de um esforço transcultural, com a participação simultânea de quinze centros de pesquisa, incluindo o Brasil, para a elaboração de um instrumento contendo 100 itens, distribuídos em quatro domínios: físico, psicológico, social e ambiental (72).

Essa iniciativa decorreu da maior importância conferida à aferição de condições de saúde que estivessem além de indicadores de impacto de doenças, como mortalidade ou mortalidade, prejuízos em comportamentos e atividades de vida, avaliações percebidas de estados de saúde, incapacidades e *status* funcionais. Tais aferições não avaliavam a qualidade de vida *per se*, pois se pautavam em um modelo mecanicista de medicina, preocupado apenas com a erradicação de doenças e de sintomas, sem a participação de um elemento humanista no cuidado à saúde (72).

Embora a WHOQOL-100 permita uma avaliação detalhada das facetas individuais relacionadas à qualidade de vida, ela pode ser muito extensa para alguns usos, como em grandes estudos epidemiológicos, nos quais a qualidade de vida é apenas uma das variáveis de interesse. Nesse sentido, foi desenvolvida a versão abreviada (*WHOQOL-Bref Field Trial*), derivada da WHOQOL-100, que também produz escores para os quatro domínios, sendo de aplicação mais fácil e rápida. Há uma alta correlação da WHOQOL-Abreviada com os domínios da WHOQOL-100, com boa demonstração de consistência

interna, confiabilidade, validade discriminatória e de conteúdo (73). A versão em português, aplicada neste projeto de pesquisa, encontra-se inserida como parte do questionário respondido pelos estudantes (anexo seis).

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

O M.I.N.I. é uma entrevista diagnóstica padronizada breve (15-30 minutos), compatível com os critérios do DSM-III-R/IV (74-75) e da CID-10 (76), destinada à utilização na prática clínica e na pesquisa em atenção primária e em psiquiatria, e pode ser utilizada por clínicos após um treinamento rápido de 1 a 3 horas (77).

Pesquisadores da França e dos Estados Unidos desenvolveram o M.I.N.I. com a finalidade de ser um questionário diagnóstico mais simples e breve que os destinados à pesquisa e mais abrangente que os instrumentos de triagem. A principal característica do instrumento é permitir a avaliação rápida dos principais transtornos do eixo I do DSM-III-R/IV (74-75), pois apresenta qualidades psicométricas comparáveis às de outros questionários diagnósticos padronizados mais longos e complexos. É um instrumento que representa uma alternativa econômica para a seleção de pacientes, segundo critérios internacionais, em estudos clínicos e epidemiológicos (77). Os resultados de confiabilidade e validade do instrumento são satisfatórios. Para o desenvolvimento da versão brasileira (77), a metodologia combina procedimentos epidemiológicos e antropológicos, de forma a otimizar a sensibilidade cultural do instrumento.

O M.I.N.I. foi organizado por módulos diagnósticos independentes, elaborados de forma a otimizar a sensibilidade do instrumento, a despeito de um possível aumento de falsos positivos. Para permitir a redução da duração da entrevista são utilizadas as seguintes estratégias: (a) a prioridade é a exploração dos transtornos atuais; (b) a cotação das questões é dicotômica (SIM/NÃO); (c) para todas as seções diagnósticas, uma ou duas questões de entrada que exploram critérios obrigatórios permitem excluir o diagnóstico em caso de respostas negativas; (d) os algoritmos são integrados à estrutura do questionário, permitindo estabelecer ou excluir os diagnósticos ao longo da entrevista (77).

Neste estudo o M.I.N.I. foi utilizado como um inventário de queixas referidas pelo estudante a respeito de seu estado mental subjetivo. Os itens do M.I.N.I. usados para este estudo fornecem bases para o diagnóstico dos seguintes transtornos psiquiátricos:

- Episódio Depressivo Maior;
- Transtorno Distímico;
- Mania/hipomania;
- Transtorno de Pânico;
- Agorafobia;
- Fobia Social;
- Transtorno Obsessivo compulsivo;
- Bulimia;
- Transtorno de Ansiedade Generalizada.

Entretanto, como o objetivo da presente pesquisa não se relacionou ao estabelecimento de diagnósticos psiquiátricos formais, os autores optaram por renomear as categorias acima, respectivamente, como grupamentos sintomáticos indicativos das seguintes queixas psicológicas:

- Queixas depressivas episódicas atuais e sérias;
- Queixas depressivas menos severas, porém persistentes;
- Momentos na vida em que houve problemas por excesso de euforia e/ou irritabilidade, a ponto de outros perceberem que o estado estava patológico;
- Sintomas episódicos e paroxísticos, atuais, de ansiedade;

- Sintomas atuais de medo anormal de espaços públicos ou áreas abertas, das quais seja difícil escapar;
- Sintomas atuais de medo anormal de situações sociais e interações com pessoas de forma que se possam gerar sentimentos de inferioridade e julgamento;
- Ideias ou impulsos atuais, não desejados, que repetidamente advêm à mente e/ou comportamentos compulsivos;
- Episódios atuais de ingesta alimentar exagerada, seguidos de métodos inapropriados de controle de peso;
- Sintomas persistentes de ansiedade maior que a habitual.

Os diagnósticos “Insônia” e “Risco de Suicídio”, incluídos no final do instrumento, foram analisados separadamente da categoria diagnóstica “qualquer categoria avaliada pelo M.I.N.I.” (variável criada para a análise estatística) e considerados pelos autores quando de respostas positivas, respectivamente, aos questionamentos: insônia durando pelo menos duas semanas nos últimos 12 meses e; pensamentos suicidas pelo menos uma vez na vida.

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

O AUDIT é um instrumento do tipo *screening* desenvolvido na década de 1980 pela Organização Mundial de Saúde (OMS), traduzido e validado no Brasil por Lima et al (78). Tem como finalidade identificar pessoas com *consumo de risco, uso nocivo e dependência* de álcool e prevenir problemas decorrentes do uso de álcool, a partir de diferentes níveis de intervenção, dependendo do escore do sujeito no questionário que pode variar de 0 a 40 pontos. Uma pontuação superior a oito indica a necessidade de um diagnóstico mais específico (79-82).

O instrumento consiste de dez questões, descritas a seguir, que avaliam o consumo do álcool nos últimos 12 meses. As três primeiras questões medem a quantidade e a frequência do uso regular ou ocasional de álcool. As três questões seguintes investigam a

ocorrência de sintomas de dependência. As quatro finais referem-se a problemas recentes na vida relacionados ao consumo de bebidas alcoólicas (82-83).

Questões de avaliação de consumo de álcool (AUDIT) (84):

- Uso de risco de álcool: frequência com que usa álcool; quantidade típica; frequência do uso pesado do álcool;

- Sintomas de dependência: ausência de controle do uso do álcool; aumento da saliência do uso do álcool; uso do álcool logo após acordar (pela manhã);

- Uso prejudicial do álcool: remorso após beber; *blackouts* (palimpsesto, “apagões”); prejuízos decorrente do uso do álcool; outras preocupações decorrentes do uso do álcool.

O AUDIT é um instrumento bastante útil por ser: (a) padronizado, traduzido e validado no Brasil; (b) curto, fácil de usar e flexível, oferecendo informações que podem ser usadas para dar *feedback* aos avaliados (não sendo o caso desta pesquisa por ser anônima); (c) estar de acordo com os critérios diagnósticos da CID-10 (76) quanto ao uso nocivo e dependência do álcool; (d) ser focado no uso recente (85).

Em estudos recentes, os autores Babor e Higgle-Biddle (84) vêm propondo quatro níveis de escore para o AUDIT, possibilitando novos modelos de intervenção e atenção à saúde. A nova proposta de classificação inclui as seguintes categorias: consumo de baixo risco ou abstinência (até sete pontos); consumo de risco (de oito a 15 pontos); uso nocivo ou consumo de alto risco (de 16 a 19 pontos); provável dependência (de 20 a 40 pontos) (85).

A pontuação maior ou igual a oito equivale a um AUDIT positivo, ou seja, um escore que indica problemas ou riscos relacionados ao padrão de uso de bebidas alcoólicas. Vários termos têm sido utilizados para identificar o grupo de pessoas que pontuam oito ou mais no AUDIT. Assim, encontram-se na literatura termos como “*problemas com álcool*” (86); “*hazardous drinking*” (uso de álcool perigoso ou de risco) (87); “*beber problemático*” (82), ou ainda “*bebedor de risco*” (79). Neste trabalho optou-se pela tradução do termo

“*hazardous*” por “arriscado” (88), ficando assim o termo “*uso de risco*” para estudantes da Unicamp que pontuaram com oito ou mais no AUDIT.

O AUDIT foi utilizado nesta pesquisa por ser de fácil compreensão e preenchimento, sendo aplicado em pesquisas epidemiológicas com estudantes brasileiros de outras universidades, inclusive com os próprios estudantes da Unicamp nos programas anuais de prevenção ao uso de álcool dentro da comunidade universitária, conduzido pelo Programa “Viva Mais” da Pró-Reitoria de Desenvolvimento Universitário (PRDU) (89).

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

Um questionário baseado no método do CEBRID (Centro Brasileiro de Informação sobre Drogas Psicotrópicas) (90) foi construído para identificar o uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas entre os estudantes, considerando-se as seguintes substâncias: tabaco, maconha, cocaína em pó, *crack*, anfetaminas, alucinógenos, *ecstasy*, solventes, calmantes, esteróides/anabolizantes e outras drogas psicoativas “para dar barato”.

O método utilizado pelo CEBRID é baseado no questionário de autopreenchimento proposto pela OMS (90) a fim de levantar informações sobre o *uso na vida* (uso de substância psicoativa pelo menos uma vez na vida); *uso no ano* (uso de substância psicoativa pelo menos uma vez nos últimos doze meses); *uso recente ou no mês* (uso de substância psicoativa pelo menos uma vez nos últimos 30 dias); *uso frequente* (uso de substância psicoativa seis ou mais vezes nos últimos 30 dias); *uso moderado* (uso de substância psicoativa semanalmente, mas não todos os dias, durante o último mês) e *uso pesado* (uso de substância psicoativa diariamente durante o último mês).

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

4.8- Cálculo do tamanho amostral

Estudos realizados indicam que problemas de saúde mental são relativamente frequentes na população geral e na população universitária, sendo que entre universitários no exterior a prevalência gira em torno de 30 a 46% (25, 91-93). No Brasil, estudos indicam prevalência de 30 a 32% de estudantes com problemas relacionados à saúde mental (94-95).

De forma conservadora, optou-se por considerar uma prevalência de cerca de 30% ($p=0,300$) de transtornos mentais para esta população. Portanto, o tamanho da amostra foi calculado considerando-se o nível de significância de 1% ($\alpha=0,01$), e um erro amostral de ($d=0,035$). Para uma prevalência de 30%, o tamanho da amostra foi estimada em 1.138 sujeitos. Assim, tal amostra deveria ser extraída de um total de 14.640 estudantes de graduação (anexo cinco), regularmente matriculados no ano de 2.005.

4.9- Divisão da amostra

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

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

Para garantir que pelo menos 60% dos estudantes estivessem presentes em sala de aula no momento da aplicação, foi solicitado aos professores que não comunicassem a

pesquisa previamente aos estudantes, para evitar possíveis faltas às aulas (o que poderia contribuir para o viés dos “estudantes faltosos”).

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

O tipo de método de amostragem utilizado neste estudo foi por conglomerados. Tal método aproximou-se do probabilístico, pois considerou que todos os indivíduos da população teriam as mesmas probabilidades de fazerem parte da amostra, garantindo a representatividade da mesma (96).

O método por conglomerados (*cluster sampling*) parte do pressuposto de que os indivíduos da população constituem agrupamentos naturais, como, por exemplo, os estudantes de uma turma. Neste caso, a unidade de amostragem não é o indivíduo, mas a turma (o conglomerado). Uma vez definidos os conglomerados (no presente estudo, as áreas de ciências básicas, exatas, tecnológicas, humanas, artes e profissões da saúde), é importante que o número e a distribuição de indivíduos resultantes do procedimento de amostragem sejam proporcionais ao total da população (no caso, o total de estudantes universitários matriculados na Unicamp para o ano de 2.005) (96).

4.10- Coleta de dados

A coleta dos dados teve início em outubro de 2.005 e término em novembro de 2006. Foram realizadas 37 entrevistas em salas de aula, sendo 1.306 questionários coletados, 1.303 preenchidos e três entregues em branco. O tempo de aplicação do questionário em sala de aula teve a duração média de 1 hora.

Contatos foram realizados com coordenadores e professores por meio de telefone, e/ou e-mail, e/ou entrevistas pessoais, nos *campi* Barão Geraldo/Campinas,

CESET (Centro Superior de Educação Tecnológica de Limeira) e FOP (Faculdade de Odontologia de Piracicaba).

Dos 36 cursos contatados no *campus* Barão Geraldo nos anos de 2.005 e 2.006 em 13 foi possível a realização da coleta dos dados; em 14 não foi possível a aplicação do questionário devido à recusa formal por parte dos coordenadores; e em nove não foi possível a coleta de dados devido à ausência de resposta aos contatos realizados (pelo menos mais de uma solicitação telefônica e/ou por correio eletrônico). Em agosto de 2006 contatos foram realizados com os coordenadores dos *campi* de Limeira (CESET) e de Piracicaba (FOP).

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

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

Cursos que participaram da coleta de dados no *campus* Barão Geraldo: música, medicina, fonoaudiologia, estatística, física, pedagogia, estudos literários, engenharia agrícola, engenharia química, engenharia de computação, engenharia civil, engenharia de alimentos, arquitetura e urbanismo.

Cursos que participaram da coleta de dados no *campus* CESET/Limeira: tecnologia em Telecomunicações (CESET); tecnologia em Informática (CESET); tecnologia da Construção Civil (CESET); tecnologia em Saneamento Ambiental (CESET).

Cursos que não participaram da coleta de dados no *campus* Barão Geraldo: dança, educação artística, artes cênicas, midialogia, ciências biológicas, educação física, enfermagem, farmácia, matemática, matemática aplicada e computacional, ciência da computação, química, licenciatura integrada química/física, letras, linguística, ciências sociais, história, filosofia, ciências econômicas, engenharia mecânica, engenharia de controle e automação, engenharia elétrica, ciências da terra.

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

Campus Barão Geraldo/Campinas:

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

10. Música

11. Estatística

12. Engenharia da Computação

13. Estudos Literários

Campus CESET/Limeira:

14. Tecnologia em Telecomunicações (CESET)

15. Tecnologia em Informática (CESET)

16. Tecnologia da Construção Civil (CESET)

17. Tecnologia em Saneamento Ambiental (CESET)

As áreas foram representadas da seguinte forma na pesquisa: ciências humanas e artes (27%); profissões da saúde (18%); ciências básicas, exatas e tecnológicas (55%).

De acordo com os dados fornecidos pela DAC sobre o total de estudantes regularmente matriculados nos cursos de graduação da Unicamp em 2.005 (que não contemplam estudantes matriculados no período noturno do *campus* de Barão Geraldo, nem estudantes do CESET - *campus* de Limeira - e da FOP - *campus* de Piracicaba), tinha-se a seguinte representação das áreas: 14.640 estudantes matriculados, sendo 4.519 (31%) de humanas e artes; 2.376 (16%) de biológicas e profissões da saúde; e 7.745 (53%) de exatas e tecnológicas.

A distribuição da amostra coletada por áreas dos cursos (n=1.306) foi:

- Ciências humanas e artes: 353 (27,0%) alunos, correspondendo a 31,0% do total de alunos da Unicamp;

- Profissões da saúde: 232 (18,0%) alunos, correspondendo a 18,0% do total de alunos da Unicamp;

- Ciências básicas, exatas e tecnológicas: 721 (55,0%) alunos, correspondendo a 53,0% do total de alunos da Unicamp.

4.11- Recortes de apresentação dos dados

Foram selecionados quatro recortes de apresentação dos dados, com o propósito de permitir a interpretação e análise dos diferentes objetivos específicos deste estudo. No capítulo de resultados, estes recortes serão apresentados separadamente. Dois deles se encontram escritos na forma de artigos originais (recortes **A** e **C**). Os outros dois recortes (**B** e **D**) serão apresentados também no capítulo de resultados, principalmente através de tabelas que resumem seus principais achados. A sequência de apresentação dos recortes corresponde a uma forma de relacionarem, de maneira lógica, os resultados e discussões aos objetivos específicos do presente estudo.

Os métodos utilizados para a elaboração dos bancos de dados usados nestes recortes, bem como para a análise dos dados, serão apresentados nos próximos itens. Para fins didáticos, cada recorte será referido como uma letra maiúscula, de acordo com a seguinte legenda:

A - Recorte sobre cor de pele, identidade racial e discriminação em estudantes universitários.

B - Recorte sobre experiências de discriminação e qualidade de vida.

C - Recorte sobre experiências de discriminação e saúde mental.

D – Recorte sobre fatores socioculturais associados à percepção de experiências discriminatórias.

4.12- Bancos de dados

Os recortes estudados nesta dissertação abordaram os alunos de graduação da Unicamp que se definiram, em termos de cor de pele, como brancos, negros e pardos. Os estudantes que se definiram como de origem oriental - cor de pele amarela, de acordo com classificação do IBGE (54) - não foram considerados nas análises dos resultados. Trata-se de um grupo pouco representado na demografia brasileira, correspondente a 0,5% dos habitantes, segundo censo do IBGE de 2.000 (54), mas bastante representado entre os estudantes da Unicamp, correspondente a 119 (9,1%) dos alunos que responderam o questionário. Tal constatação justifica a necessidade de realização de estudos específicos, que sejam direcionados às abordagens das peculiaridades deste grupo.

4.12.1- Banco de dados primário (recorte A)

Para a abordagem dos objetivos específicos do recorte **A**, foi elaborado um banco de dados primário, composto por todos os alunos respondedores que se identificaram, em termos de cor de pele, como brancos, negros e pardos. Este banco inclui 1.174 estudantes de graduação, sendo 1.001 brancos, 29 negros e 144 pardos.

4.12.2- Banco de dados secundário (recortes B, C e D)

A construção do banco de dados usado nos recortes **B**, **C** e **D**, referido como banco de dados secundário, partiu da consideração particular sobre a situação de estudantes universitários negros e pardos. Muito é discutido sobre experiências de discriminação vividas por membros destes grupos e há pouca representação destes entre os universitários brasileiros (97). Para permitir que suas vivências de discriminação pudessem ser adequadamente consideradas e comparadas com as dos estudantes autodeclarados como brancos e, dessa forma, eliminar o possível viés da cor de pele sobre a percepção de discriminação, o banco de dados primário foi adaptado para a construção de um segundo banco, pareado. Este foi organizado da seguinte maneira:

Alunos que se definiram, em termos de cor de pele, como negros ou pardos foram agrupados conjuntamente, procedimento realizado devido ao número muito baixo (n=39) de alunos que se definiram como negros. Para cada um desses alunos, foi selecionado um aluno que se definiu como branco e que compartilhasse: características de nível socioeconômico estimado; intervalo de idade; gênero; período do curso (diurno ou noturno); e se trabalhava, além de estudar. Dessa forma, não apenas elementos raciais foram considerados, como também fatores socioeconômicos que pudessem enviesar a análise dos resultados. O banco de dados secundário constituiu-se, portanto, de 346 alunos, sendo 173 negros ou pardos e 173 brancos.

4.13- Variáveis do questionário estudadas em cada recorte

4.13.1 – Recorte A

4.13.1.1 – Variáveis econômicas, acadêmicas e demográficas comparadas entre estudantes brancos e negros/pardos (analisados conjuntamente)

- Nacionalidade (brasileira ou estrangeira).
- Com quem mora (parentes, pais, amigos, companheiros; ou sozinho, em acomodações compartilhadas, moradia estudantil).
- Estado civil (legalmente casado ou morando com parceiro/a por pelo menos 3 meses; ou solteiro/a, separado/a, divorciado/a, viúvo/a).
- Se tem ou não filhos.
- Nível de escolaridade da mãe (de nenhum a ensino fundamental; ou ensino médio a pós-graduação).
- Nível de escolaridade do pai (de nenhum a ensino fundamental; ou ensino médio a pós-graduação).

- Onde cursou ensino fundamental (principalmente ou totalmente em escola pública; ou principalmente ou totalmente em escola particular).

- Onde cursou ensino médio (principalmente ou totalmente em escola pública; ou principalmente ou totalmente em escola particular).

- Se trabalha ou não, além de estudar.

- Prática religiosa (sim ou não).

- Satisfação ou não com o curso.

- Coeficiente de rendimento (excelente; bom; regular; fraco).

- Se desenvolve ou não atividades de pesquisa.

- Se possui ou não telefone em casa.

- Se possui ou não computador pessoal.

- Se possui ou não telefone celular.

- Se possui ou não carro pessoal.

4.13.1.2 – Questões categóricas feitas apenas a estudantes que se identificaram como negros ou pardos:

- Como se situa em relação a grupos negros ou afros, à cultura negra, à luta contra a discriminação e desigualdade (não se interessa nem participa; ou é interessado e/ou participa).

- Qual a cor de pele dos amigos mais próximos (maioria não negros, não pardos; maioria negros, pardos; misturados).

- Se namora (ou quiser namorar), prefere uma pessoa de qual cor de pele (pessoas não negras, não pardas; pessoas negras/pardas, indiferente).

4.13.1.3 – Questionamentos com possibilidade de respostas abertas, feitos apenas a estudantes que se identificaram como negros e pardos

Com o propósito de se demarcarem eventuais diferenças em termos de assunção de identidade racial afrodescendente entre alunos negros e pardos, perguntas específicas desse tópico foram respondidas apenas por esses alunos, que foram comparados entre si, sem a consideração dos estudantes que se definiram como brancos. Os referidos questionamentos foram:

- Se possível, faça comentários sobre a sua identidade relacionada à cor de pele.
- Se for o caso e se for possível, faça comentários sobre ter sido ou se sentido discriminado pela etnia de origem.
- Se percebe ou sente aspectos de racismo no meio social atual.

4.13.2 – Recorte B

4.13.2.1 – Variáveis contínuas dependentes

4.13.2.1.1 - Qualidade de vida - instrumento WHOQOL-Bref (World Health Organization Quality Of Life)

- Domínio físico (escores corrigidos e adaptados para a referência da WHOQOL-100)
- Domínio psicológico (escores corrigidos e adaptados para a referência da WHOQOL-100)
- Domínio social (escores corrigidos e adaptados para a referência da WHOQOL-100)
- Domínio ambiental (escores corrigidos e adaptados para a referência da WHOQOL-100)

4.13.2.2 – Variáveis categóricas independentes

4.13.2.2.1- Informações sociodemográficas

- Gênero: feminino; masculino.
- Faixa etária: menos de 21 anos; 21-25 anos; mais de 25 anos.
- Cor de pele: negros e pardos (considerados em conjunto); brancos.
- Nível socioeconômico estimado: baixo; médio; alto.
- Período em que cursa a universidade: diurno; noturno.
- Se trabalha ou não

4.13.2.2.2- Experiências de discriminação (incluem respostas “sim” ou “não” a experiências percebidas de discriminação, pelo menos uma vez na vida, pelas seguintes características)

- Geral: sentir-se discriminado pelo menos uma vez na vida por qualquer motivo.
- Aparência física.
- Nível socioeconômico.
- Posições políticas.
- Desempenho acadêmico.
- Roupas e ornamentos corporais.
- Religião.
- Grupo étnico/cor de pele.
- Orientação sexual.

4.13.3 – Recorte C

4.13.3.1 – Variáveis categóricas dependentes

4.13.3.1.1. Saúde mental - Instrumento M.I.N.I.: Não foram considerados neste estudo as queixas sugestivas de transtornos psiquiátricos possíveis de serem avaliados pelo M.I.N.I., mas com baixa prevalência presumida em amostra nacional de estudantes universitários (transtorno de estresse pós-traumático, transtornos psicóticos, transtorno de personalidade antissocial). As categorias sugestivas dos diagnósticos pelo M.I.N.I. de transtornos relacionados ao uso de substâncias psicoativas também não foram usadas neste estudo, uma vez que foram utilizados outros instrumentos para avaliação mais detalhada destes tópicos. Os sintomas sugestivos de transtornos mentais com prevalência encontrada de até 13.0% no banco estudado não foram considerados como variáveis categóricas dependentes isoladas para a análise estatística multivariada (sintomas atuais de medo anormal de espaços públicos ou áreas abertas, das quais seja difícil escapar; sintomas atuais de medo anormal de situações sociais e interações com pessoas de forma que se possam gerar sentimentos de inferioridade e julgamento; ideias ou impulsos atuais, não desejados, que repetidamente advêm à mente e/ou comportamentos compulsivos; e episódios atuais de ingesta alimentar exagerada, seguidos de métodos inapropriados de controle de peso).

Como o autopreenchimento do questionário gerou “inflação dos dados” devido a interpretações sobrevalorizadas de quadros sugestivos de momentos na vida em que houve problemas por excesso de euforia e/ou irritabilidade, a ponto de outros perceberem que o estado estava patológico, esta categoria de sintomas também não foi incluída na análise. As categorias incluídas, como variáveis dependentes, dessa forma, foram:

- “*Alguma categoria avaliada pelo M.I.N.I.: sim versus não*” considerando a presença de condições sugestivas de um ou mais de um transtorno psiquiátrico avaliado como queixa pelo estudante, a saber: queixas depressivas episódicas atuais e sérias; queixas depressivas menos severas, porém persistentes; sintomas episódios e paroxísticos, atuais, de ansiedade; sintomas atuais de medo anormal de espaços públicos ou áreas abertas, das quais seja difícil escapar; sintomas atuais de medo anormal de situações sociais e interações com pessoas de forma que se possam gerar sentimentos de inferioridade e julgamento; ideias ou

impulsos atuais, não desejados, que repetidamente advêm à mente e/ou comportamentos compulsivos; e episódios atuais de ingestão alimentar exagerada, seguidos de métodos inapropriados de controle de peso; e sintomas persistentes de ansiedade maior que a habitual. Insônia e risco de suicídio, por poderem ser sintomas de outros transtornos psiquiátricos, não foram itens incluídos para a consideração de positividade da variável dependente “algum categoria do M.I.N.I.”, sendo consideradas como variáveis categóricas dependentes distintas;

- *Queixas depressivas episódicas atuais e sérias: sim versus não;*
- *Queixas depressivas menos severas, porém persistentes: sim ou não;*
- *Sintomas episódios e paroxísticos, atuais, de ansiedade: sim ou não;*
- *Sintomas persistentes de ansiedade, maior que a habitual: sim ou não;*
- *Insônia: sim versus não;*
- *Risco de suicídio: sim versus não.*

4.13.3.1.2- Uso de álcool - Instrumento AUDIT: Categoria: “*uso potencialmente de risco de álcool*”: sim para AUDIT positivo (maior ou igual a oito) versus não para AUDIT negativo (menor que oito).

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

4.13.3.1.4- Comportamentos de risco relacionados ao uso de álcool e de outras substâncias psicoativas: Categoria: “*comportamento de risco: sim versus não*”

considerando o agrupamento de beber e/ou usar drogas e dirigir; e beber e/ou usar drogas e ter relação sexual com parceiro (a) desconhecido (a), baseado nas perguntas abaixo:

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

4.13.3.2- Variáveis categóricas independentes

4.13.3.2.1- Informações sociodemográficas

- Gênero: feminino; masculino.
- Faixa etária: menos de 21 anos; 21-25 anos; mais de 25 anos.
- Cor de pele: negros e pardos (considerados em conjunto); brancos.
- Nível socioeconômico estimado: baixo; médio; alto.
- Período em que cursa a universidade: diurno; noturno.
- Se trabalha ou não

4.13.3.2.2- Experiências de discriminação (incluem respostas “sim” ou “não” a experiências percebidas de discriminação, pelo menos uma vez na vida, pelas seguintes características:

- Geral: sentir-se discriminado pelo menos uma vez na vida por qualquer motivo.
- Aparência física.
- Nível socioeconômico.

- Posições políticas.
- Desempenho acadêmico.
- Roupas e ornamentos corporais.
- Religião.
- Grupo étnico/cor de pele.
- Orientação sexual.

4.13.4 – Recorte D

4.13.4.1 – Variáveis categóricas dependentes (experiências de discriminação (incluem respostas positivas a experiências percebidas de discriminação, pelo menos uma vez na vida, pelas seguintes características))

- Geral: sentir-se discriminado pelo menos uma vez na vida por qualquer motivo.
- Aparência física.
- Nível socioeconômico.
- Posições políticas.
- Desempenho acadêmico.
- Roupas e ornamentos corporais.
- Religião.
- Grupo étnico/cor de pele.
- Orientação sexual.

4.13.4.2 - Variáveis categóricas independentes (informações sociodemográficas, acadêmicas e culturais

- Gênero: feminino; masculino.
- Faixa etária: menos de 21 anos; 21-25 anos; mais de 25 anos.
- Cor de pele: negros e pardos (considerados conjuntamente); brancos.
- Nível socioeconômico estimado: baixo; médio; alto.
- Período em que cursa a universidade: diurno; noturno.
- Se trabalha ou não.
- Área do curso: ciências humanas e artes; profissões da saúde; ciências básicas, exatas e tecnológicas.
- Escolaridade da mãe: ensino fundamental; ensino médio, ensino superior.
- Onde estudou ensino médio (totalmente ou a maior parte em): escola pública; escola particular.
- Se está no curso desejado ou não.
- Se perdeu ou não algum semestre do curso.
- Se sente ou não apoio por parte dos pais.
- Como vê o relacionamento com amigos (bom; regular/ruim).
- Se tem ou não religião.
- Qual religião (católica; evangélica; espírita e outras; sem religião).
- Se teve ou não comportamento de risco após uso de álcool ou outra substância psicoativa (dirigir embriagado e/ou relações sexuais com desconhecidos).

- Se namora (sim; não; ou é casado/a).
- Se é virgem ou não.
- Se tem ou não vida sexual ativa.
- Orientação sexual (heterossexual; homo/bissexual).
- Se já teve ou não envolvimento com indivíduo do mesmo sexo.

4.14 - Procedimentos de análise dos dados

Para o procedimento de análise dos dados do estudo que primeiramente utilizou os dados do questionário havia sido criado um banco de dados utilizando o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 11.5, ano 2.002 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA). Os dados foram alimentados pela pesquisadora Marly Coelho Carvalho Neves e por três bolsistas (bolsa trabalho) disponibilizados pelo Serviço de Apoio ao Estudante (SAE) para auxílio na pesquisa, totalizando 1.306 questionários inseridos no banco de dados. No presente projeto de pesquisa, a planilha foi transcrita para a versão 16.0 do mesmo programa computacional. Os procedimentos específicos para análise dos dados de cada recorte explorado neste estudo serão apresentados a seguir:

4.14.1- Recorte A

Os dados quantitativos foram analisados através de procedimentos estatísticos descritivos com as tabelas de frequência das variáveis e análise de associação através do teste bivariado simples do qui quadrado, utilizando-se o programa computacional SPSS versão atualizada 16.0, ano 2.008.

O procedimento se aplicou para a comparação entre alunos que se identificaram como brancos com aqueles que o fizeram como negros ou pardos, em termos de diferenças sociodemográficas. Esse método também foi usado para comparação entre os alunos que se

referiram como negros e pardos em relação às perguntas de respostas categoriais feitas especificamente a membros desse grupo.

Com relação às perguntas de respostas abertas, feitas apenas a alunos que se declararam como negros e pardos, as respostas foram inicialmente separadas, tabuladas e posteriormente agrupadas em categorias.

4.14.2. Recorte B

Para a análise do instrumento WHOQOL-Bref, primeiramente foi realizada uma média das respostas referentes às questões de cada um dos quatro domínios. Os escores foram escalonados em direção positiva (maiores escores denotando maior qualidade de vida) e multiplicados por quatro para se tornarem comparáveis com os escores usados na WHOQOL-100. Ausência de preenchimento de mais de 20% da WHOQOL-Bref implicou na exclusão da análise dos dados daquele respondedor. Quando um item estivesse faltando, a média dos outros itens daquele domínio era alterada (com exceção do domínio das relações sociais). Quando houvesse a falta de dois ou mais itens (um ou mais para o domínio das relações sociais), o escore daquele domínio não era calculado. Instruções explícitas para checagem, computação, cálculo e conversão de escores são encontradas no manual do WHOQOL-Bref (72, 98).

De posse desses dados transformados, foi realizada a exploração das medidas de tendência central e de dispersão das variáveis contínuas (escores) para cada domínio, em relação ao total de estudantes e também separadamente: dados dos alunos que se identificaram como brancos e dos que se identificaram como negros ou pardos.

Os dados, em ambos os subgrupos (brancos e negros/pardos) não apresentaram distribuição normal, nem assim se tornaram após tentativas de transformação. Nessa situação, ou seja, para a comparação das tendências centrais de dois subgrupos independentes de alunos pareados, cujos dados quantitativos contínuos não seguem distribuição normal, recomenda-se a utilização do procedimento para amostras com $n > 20$

do teste não paramétrico *U* de Mann-Whitney, considerando-se que valores *p* deste teste menores de 0,05 são sinalizadores de diferenças estatisticamente significantes entre os grupos (99-101). O programa computacional utilizado para o teste de Mann-Whitney foi o SPSS versão 16.0, ano 2.008.

Após a análise de Mann-Whitney para comparação entre estudantes brancos e negros/pardos, procedeu-se, com o *n* total dos alunos incluídos no banco de dados secundário, ao modelo de regressão linear, que consistiu em ajustar um modelo para os escores dos domínios de qualidade de vida do instrumento WHOQOL-Bref (variáveis dependentes) em função de cada uma das variáveis independentes. Para este procedimento, novamente considerando-se que as variáveis dependentes são quantitativas contínuas e não apresentam distribuição normal, estas foram transformadas em postos (*ranks*) para serem passíveis de análise (102).

Primeiramente realizou-se a análise de regressão logística univariada e, em seguida, utilizou-se o procedimento *stepwise* para selecionar as variáveis que melhor explicavam as variáveis de interesse, obtendo-se dessa forma os modelos de análise multivariada que serão apresentados no capítulo de resultados (102-103). O nível de significância adotado foi de 5%, ou seja, valor $p \leq 0.05$.

O programa computacional utilizado para a obtenção das análises univariada e multivariada foi o SAS - *Statistical Analysis System*, versão 9.1.3 (SAS Institute Inc, 2,002-2,003, Cary, NC, USA).

4.14.3 – Recorte C

Apesar de as categorias do M.I.N.I. terem sido consideradas como inventários subjetivos de queixas auto referidas, e não como diagnósticos de transtornos psiquiátricos, para cada uma delas ter sido obtida como variável dependente, foram antes realizados os procedimentos de tabulação dos dados formalmente estabelecidos pelos autores do M.I.N.I. para a confirmação de positividade de cada categoria.

Para a análise, inicialmente foram aplicados procedimentos estatísticos descritivos com as tabelas de frequência de todas as variáveis, utilizando-se o programa computacional SPSS versão 16.0, ano 2008. Posteriormente, foi realizada a análise de regressão logística, que consistiu em ajustar um modelo para as variáveis dependentes em função de cada uma das variáveis independentes. Primeiramente realizou-se a análise de regressão logística univariada e, em seguida, utilizou-se o procedimento *stepwise* para selecionar as variáveis que melhor explicavam as variáveis de interesse, obtendo-se dessa forma os modelos de análise multivariada que serão apresentados no capítulo de resultados (99-100, 104-105).

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

O programa computacional utilizado para a obtenção das análises univariada e multivariada foi o SAS, versão 9.1.3 (*SAS Institute Inc, 2,002-2,003, Cary, NC, USA*).

4.14.4 – Recorte D

A análise estatística teve como objetivo comparar as variáveis de interesse consideradas “dependentes” (categorias de discriminação), verificando a relação destas com as variáveis sociodemográficas, acadêmicas e culturais consideradas “independentes”.

Inicialmente foram feitos procedimentos estatísticos descritivos com as tabelas de frequência de todas as variáveis e análise de associação das variáveis através do teste qui quadrado, utilizando-se o programa computacional SPSS versão 16.0, ano 2.008.

Posteriormente foi realizada a análise de regressão logística, que consistiu em ajustar um modelo para as variáveis dependentes em função de cada uma das variáveis independentes que na análise de associação do teste qui quadrado foram possíveis de estarem relacionadas. Primeiramente realizou-se a análise de regressão logística univariada, e, em seguida, utilizou-se o procedimento *stepwise* para selecionar as variáveis que melhor explicavam as variáveis de interesse, obtendo-se dessa forma modelos de análise multivariada (99-100, 104-105).

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

O programa computacional utilizado para a obtenção das análises univariada e multivariada foi o SAS, versão 9.1.3 (*SAS Institute Inc, 2,002-2,003, Cary, NC, USA*).

5. Resultados

5. Resultados

Para efeitos de defesa deste projeto de pesquisa, os recortes supracitados, embora em fases diferentes de elaboração, serão apresentados nesta seção de acordo com a sequência de letras em que foram apresentados, de forma a manter a sequência lógica dos objetivos específicos do estudo. Para os recortes em que foram realizadas análises uni e multivariadas – recortes **B**, **C** e **D**, os resultados das análises univariadas (tanto de regressão logística quanto de regressão linear) não se encontram apresentados no corpo principal deste texto, mas sim na seção de apêndices, pois foram procedimentos que, embora importantes, serviram como intermediários para a obtenção dos modelos das regressão logística e de regressão linear multivariadas, cujos resultados foram propriamente analisados e discutidos.

5.1- Recorte A

Title of the contribution:

Skin colour, identity and discrimination among Brazilian university students

Authors:

Amilton dos Santos Júnior (Santos Jr, A.)

Pablo Ronzoni (Ronzoni, P.)

Nisha Dogra (Dogra, N.)

Paulo Dalgarrondo (Dalgarrondo, P.)

Addresses where the work was carried out:

1) Laboratory of Mental Health, Society and Culture - Department of Medical Psychology and Psychiatry - Faculty of Medical Sciences - University of Campinas (Unicamp) – Campinas – Brazil

PO Box: 6,111 – ZIP Code: 13,083-970

2) Greenwood Institute of Child Health – University of Leicester – Westcotes House – Westcotes Drive – Leicester – United Kingdom

LE3 0QU

Biographical details:

Amilton dos Santos Júnior

Psychiatrist; Second-year Post-Graduate Student (for Master's Degree) at
Department of Pediatrics - University of Campinas (Unicamp) – Campinas – Brazil

Dr. Pablo Ronzoni

Academic Clinical Fellow and Specialist Registrar in Child and Adolescent
Psychiatry – Greenwood Institute of Child Health - University of Leicester – Leicester –
UK

Dr. Nisha Dogra

Senior Lecturer in Child and Adolescent Psychiatry – Greenwood Institute of
Child Health – University of Leicester – Leicester – UK

Dr. Paulo Dalgalarondo

Professor of Psychiatry and Head of the Department of Medical Psychology
and Psychiatry – University of Campinas (Unicamp) – Campinas – Brazil

Skin colour, identity and discrimination among Brazilian university students

Abstract

Background: Individual cultural identity may be based on heritage and personal choices, which influence lifestyle and personal interactions. Brazil is the country with the largest number of Afro-descendants in the world, yet minorities are consistently underrepresented at higher education, whether due to socioeconomic disadvantages and/or racial prejudice.

Methods: Aiming to explore differences among the main Brazilian ethnic groups and minorities' sense of identity and discrimination, this study analysed quantitative and qualitative data obtained from students at the public University of Campinas in Sao Paulo, Brazil. Firstly, quantitative variables between Whites and Blacks/Browns were compared by simple bivariate analysis. Secondly, thematic analysis was used for qualitative questions applicable to only Black and Brown participants.

Findings: 1,174 students were included (89.8% response rate). 85.3% were White, 12.3% Brown and 2.5% Black. Black/Brown students showed to be underrepresented at tertiary education and more socioeconomically disadvantaged than Whites. On the other hand, differences between Browns and Blacks were seen concerning ethnic identity, with Black expressing higher pride and acceptance and more participation in cultural related groups than Browns, but experiencing more discrimination.

Conclusion: In agreement with findings elsewhere, in Brazil Black and Brown students face higher but similar financial obstacles than Whites to access tertiary education. However, minority groups are dissimilar in aspects relating acceptance of their ethnic heritage, self-identity and perceived racial discrimination.

Key words: Skin colour – discrimination – high education – students

Introduction

Current definitions of culture point to a value laden and dynamic concept, from which identity draws, although not being simply formed by it (Dogra et al 2,007). The question of cultural identity lies at the heart of current debates. Although it is questionable if traditional identities are in decline giving rise to new forms of identification, it is still important to consider distinctive identities of gender, sexuality, class, nationality, racial, ethnic and religious background, etc., as they have long been defining the social and cultural framework of the world's modern societies (Hall 1,996). Individual cultural identity may be based on heritage as well as individual circumstances and personal choices, which may influence behaviors, lifestyle, decision-making and health beliefs. These in turn can affect how populations perceive health and illness and how individuals interact with one another (AAMC 1,999).

Brazil is the country with the largest number of Afro-descendants in the world (Heringer 2,002). Following the latest census in the year 2000 (IBGE 2,000), out of 170 million inhabitants, 53.4% Brazilians self-reported as Whites, 40.4% as Browns, 5.6% as Blacks and 0.5% did so as Yellows. Native Indigenous constituted 0.1% of the population.

Unlike most Western countries, a multi-category system for identifying race based on skin colour exists in Brazil (Corwin 1,974; Nobles 2,000; Skidmore 1,993). The term "skin colour" has been used since 1,872 by the Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE) in censuses' methodology as a self-described criteria and equivalent to the English word "race" (Telles 2,002). The complexities of categorizing races and ethnic groups by skin colour in Brazil may be the consequence of political rather than demographic realities (Nobles 2,000). However, the fact that skin colour in Brazil derives mainly from the mixture of three original races - European, African, and Native Indigenous - reflects the difficulties of understanding skin colour as race or ethnicity, as they are conceptually different but somehow related concepts: colour refers to appearance, while race refers to origin (Nogueira 1,985). For these reasons, attempts to define the construct of race and ethnicity in Brazil have provoked considerable debate (Almeida-Filho et al 2,003). Although in research the term "race" is commonly used alongside ethnicity (Polednak

1,989; Ahmad 1,993), there is consensus that they represent social as much as biological categories (Almeida-Filho et al 2,003). For instance, while race is usually defined based on physical characteristics, geographic origin or shared biological heritage; ethnicity is a concept that incorporates social, cultural, religious, linguistic and dietetic variables to identify individuals and populations. In other words, racial groups develop from geographical separation imposed by physical barriers (oceans, mountains), whereas ethnic groups were formed according to religious, cultural and/or linguistic traditions (American Anthropological Association 1,998).

The controversial term “racial democracy” states that Brazilians are a racially mixed society in which discrimination does not exist (Freyre 1,959). However, its critics suggest that Brazilian society downplays the presence of racism (Hasenbalg 1,979; 1,992). Consequently, in the last decades, an increasing interest in racial classification and the social impact of racial discrimination has developed, following suggestions that Black or Brown skin colours are underrepresented in positions of power as well as being associated with unfavourable social and health indicators (Heringer 2,002; Chor & Lima, 2,005). Evidence of the inequalities between Brazilian White, Black and Brown groups not only include income levels, employment, housing and health care, but also literacy rates and access to education (Fry 2,000; Hasenbalg 1,992; Nobles 2,000; Winant 1,990; McLucas 2,005). Concerning the latter, it is suggested that Blacks and Browns are consistently under-represented in Brazilian public Universities (Queiroz 2,004). Possible explanations may include that, as access to University is very competitive in Brazil, often the capacity to afford private schools and preparatory courses favor admission to University, which reflect the Blacks’ and Browns’ socioeconomic disadvantages (Guimarães 2,003; McLucas 2,005, Queiroz 2,004). Furthermore, in addition to socioeconomic differences between Whites, Browns and Blacks, there is evidence that skin colour prejudice within the higher education institutions themselves has a role to play (Palliam, 2,007).

To present, evidence suggests that while Brazilians do acknowledge racial discrimination at the societal level, most deny having being the victims of racial prejudice themselves (Buckley 2,000; Turra and Venturi 1,995). The importance of addressing experienced perceived discrimination is underlined by recent studies suggesting that racism

plays a key role to the understanding of the relations between race, ethnicity and health outcomes, particularly mental health problems (Williams and Williams-Morris 2,000; Nazroo 2,003; Williams et al 2,003; Noh & Kaspar 2,003; Borrel et al 2,006; Noh et al 2,007; Ellis et al 2,008).

With the objective of contributing to a better understanding of this issue, in a setting where the majority of the population is white, this study aims to explore the economic, academic and demographic differences among public University students relating to their skin colour. In addition, this study explores the skin colour minority students' sense of identity, perceived experiences of discrimination and the stereotypes they believe are held about their skin colour groups.

Methods

The study took place at the public University of Campinas (Unicamp) in Brazil. Created in 1,966, Unicamp's original goal was to promote science education in the industrial pole of Sao Paulo's interior region. The University had about 17,000 undergraduate and 16,000 graduate students, as well as 1,800 faculty members (Unicamp 2,010). Unicamp is responsible for around 15% of all Brazilian research (Agência de Inovação da Unicamp – Inova 2,010). It has been rated as the 177th best university in the world, and the second best in Latin America (The Times Higher Education 2,007). The admission for undergraduate courses is based on an annual open concourse, which requires having completed high school. For graduate programs, the university applies tests, interviews and analysis of curriculum vitae (Unicamp 2,010).

The project collected data on socio-demographic characteristics, quality of life and psychosocial identity from 1,306 students at Unicamp between October 2,005 and November 2,006 (Neves 2,007). In order to allow a comparison of the three main Brazilian ethnic groups, those students who self-reported as White, Brown or Black were considered for the analysis. Therefore, 1,174 students were included, which represents 89.8% of original sample.

Students who self-defined their skin colour as Black and Brown were invited to answer additional questions regarding the skin colour of their partners/best friends and whether they attend any Afro group related to Black culture and fight against inequalities and discrimination. Additionally, participants were also invited to comment on aspects relating to their cultural identity regarding skin colour, racial or ethnic background; whether they have been or felt discriminated for being Black or Brown; perceived racism in their current social environment; and to state whether they feel that in Brazil, prejudice or racial discrimination would actually be an economical class issue. A pilot study in December 2004 preceded the main study. It included 60 graduate students from Health Sciences careers, aiming to establish the sample size of the main study and to evaluate the level of understanding and acceptability of the questionnaire.

Participants were students from both sexes, registered at Graduation Courses from two campuses of the University. The sample selection was based on proportional conglomerates of students at each course. The cluster sampling method assumes that individuals in the population form natural groupings, for example, students in a class are proportional to the total population, in this case, the total number of students regularly enrolled at the University (Robson 2,002). Therefore, firstly, a random selection of courses and classes that would take part on the survey was set up, ensuring representativeness of each area. However, as absences from some classes are quite common, there were only considered those with at least 60% of the registered students inside the classroom by the time of the application. The participating courses were Literary Studies, Pedagogy, Music, Speech Therapy, Medicine, Statistics, Physics, Architecture, Civil Engineering, Agriculture Engineering, Food Engineering, Computer Engineering, Chemical Engineering, Computer Technology, Environmental Sanitation Technology, Technology of Civil Construction and Technology of Telecommunications. Coordinators and teachers of each course were approached. From the 36 courses originally contacted at the University in 2,005, data collection was possible only on the above due to concerns regarding lost hours of class.

Ethical approval from the Committee of Ethics on Research from the Faculty of Medical Sciences of Campinas State University (CEP/FCM-Unicamp) Brazil was obtained in August 2,004.

Analysis

Descriptive data was entered and analysed using SPSS version 16.0. Interviewees which did not answer the skin colour item ($n = 13$; 1%) and those who did not identify their skin colour neither as White nor Black or Brown were excluded from the analysis ($n = 119$; 9.1%).

For most of the quantitative analysis, Black and Brown students were merged into one group and analysed together, as they share many economic and political features (Carey 2,007). Both groups are physically and culturally different from Whites, and it has been suggested that Blacks and Browns share the experience of discrimination in all spheres of life, such as education, employment, income, housing, health care and life chances (Mindiola et al 2,002). Thus, socioeconomic and demographic characteristics of Whites and Blacks/Browns were compared by simple bivariate analysis. Chi square tests were used to assess the significance of data, considering P-values below the conventional 5% as statistically significant (Swinscow & Campbell 2,002). The above method was also used to compare Blacks to Browns for those questions in which Whites were excluded, as they did not fit this category of questions.

Regarding the qualitative data, open-ended answers were initially separated, tabulated, and later on grouped into categories. Qualitative thematic analysis was undertaken separately by two researchers and then compared (Joffe et al 2,004).

Findings

Of the 1,174 students considered, the majority described themselves as White (1,001; 85.3%), followed by Browns (144; 12.3%) and lastly Black (29; 2.5%). Females constitute the majority in the 3 groups (661; 56.3%). The proportion of female students was higher among Black students (23; 79.3%) than Browns (78; 54.2%) or Whites (560; 55.9%).

Overall, Whites appear to be younger than Browns and Blacks, with mean ages of 22.1 (± 5.4), 23.6 (± 6.7) and 25.1 (± 4.6) respectively. However, whereas an overlap of

ages' standard deviations is seen between Whites and Browns (both 21 years old), Blacks' median age is higher (25 years old).

For the quantitative analysis Blacks and Browns were combined into the category of minority group (n=173; 14.7%) and compared against the White majority (n=1001; 85.3%). Data regarding economic, academic and demographic characteristics were gathered. As seen in Table 1; nationality; having a religion, satisfaction with the course, average grades, developing research activities and having telephone and personal computer showed no significant differences between minority (Blacks and Browns) and majority (Whites) groups.

Table 1 about here

Variables with statistic significant differences between minority and majority ethnic groups are shown in Table 2. More White (54.8%) participants than Blacks and Browns (42.8%) were living with relatives, whom in contrast were mostly living away from the family home, either alone, in shared accommodation or as lodgers. Similarly, more White than Black and Brown students were single or separated (92.3% versus 82.1%) as opposed to married or living with a partner; and a significant smaller proportion of them had children (4%) when compared to Blacks and Browns (12.1%).

Table 2 about here

Regarding economic characteristics, more Blacks and Browns (56.1%) than Whites (35.7%) declared doing paid work. The majority of both groups did not have a car, although significantly more people among the White group possessed private transport (36.3%) than Blacks and Browns (24.8%). Likewise, although most participants stated having a mobile phone, more of them were Whites (95.3%) than Blacks and Browns (90.2%).

Concerning the educational profile of participants' parents, the White group showed a significant higher level of education (High School or above) on both, their mothers (79.8%) and fathers (80.1%); as opposed to Blacks and Browns' mothers (58.4%)

and fathers (54.1%). In contrast, parents from the Black and Brown group were more than double than their White's counterparts only basically educated (41.6% of Blacks and Browns' mothers versus 20.1% of Whites' mothers; and 45.9% of Blacks and Browns' fathers versus 19.9% Whites' fathers). In relation to participants' own education, about twice of White students attended private schools (62.4% for primary and 69.2% for secondary school) than Blacks and Browns (38.2% for primary and 36.4% for secondary school).

The answers to the descriptive quantitative questions asked only to students who self-defined as Blacks or Browns concerning their cultural identity regarding skin colour and racial or ethnic background are shown in Table 3.

Table 3 about here

A higher significant number of Black than Brown students (82.1% and 55.0% respectively) expressed being interested and/or part of groups about pride and value of the Afro culture (groups against stereotypes and discrimination). More Black students said to have mostly Black or Brown closest friends (13.8%), as opposed to Browns (0.8%), whom said to have a larger mixed of White, Black and Brown closest friends (77.1%) than Blacks (58.6%). Most of both groups expressed being "indifferent" to their dates' skin colour (79.3% of Blacks and 82.6% of Browns), with no statistical difference between groups on these preferences found. However, significantly more Blacks (20.7%) than Browns (7%) expressed a preference to date exclusively Black or Brown people. Interestingly, although not significant difference was seen between groups, none of Black participants stated a preference to date non-Black or non-Brown people as opposed to 10.4% of Browns.

The analysis of qualitative variables is seen in Tables 4, 5 and 6. None of the questions were answered by all Black and Brown students. For instance, of the 173 students belonging to the minority group, 77 (44.5%) answered the question regarding sense of identity in relation to their ethnic background, 50 (28.9%) commented on perceived discrimination and 116 (67%) did so regarding feelings of racism in their current social environment.

Table 4 shows the frequencies of the nine themes identified and the frequency of answers concerning participants' sense of identity, regarding their ethnic background of Black and Brown students.

Table 4 about here

Seventeen (58.6%) Blacks and 60 (41.7%) Browns answered the question. More than half of Black students (10; 58.8%) expressed acceptance or being proud of their skin colour in comparison to about one third of Browns (19; 31.7%). Whereas no Brown participants stated having experienced difficulties in the past concerning their skin colour, two Blacks (11.8%) mentioned that they did at some stage, although this was no longer a problem. None of Blacks but eighteen Browns (30%) said to feel indifferent about their own skin colour, but one Black (5.9%) and two Browns (3.3%) do have an opinion regarding others' ethnic background ("The Blacks suffer much more prejudice than Browns"; answer from a Brown student). Similarly, no Blacks but fourteen Browns (14%) described themselves as ethnically mixed; and, again, no Black but two Browns (3.3%) said to be "unsure" of their ethnic identity. Concerning discrimination, more Blacks (17.6%) than Browns (3.3%) felt discriminated, but only Browns (5%) are actively engaged against discrimination. Only one Black (5.9%) expressed wishing to become more active in this area.

Table 5 presents the answers regarding feelings of discrimination due to their skin colour of the fifteen (51.7%) Black and 35 (24.3%) Brown students that answered this question.

Table 5 about here

More Blacks (40%) than Browns (14.3%) expressed having felt discriminated. Likewise, answers that suggesting feelings of discrimination, such as "They (police, people) associate Blacks to crime, poverty, ignorance" were said by more Blacks (46.6%) than Browns (17.3%). On the other hand, much more Brown than Black students (57% versus 6.7% respectively) have not felt discriminated; one Black (6.7%) and one Brown (2.8%) student could not remember having felt discriminated; and three (8.6%) Browns but

no Black participants could not have felt discriminated, as they do not identify themselves with dark skin colour.

Finally, Table 6 shows the answers of the 24 (82.8%) Black and 92 (63.9%) Brown participants that answered the question regarding perceived racism in the current environment. The majority of respondents, a similar proportion of Blacks and Browns (79.1% and 76.1% respectively), agreed that racism was evident in their environment, as opposed to 16.7% of Blacks and 20.6% of Brown whom denied the above. Only one (4.2%) Black and two (2.2%) Browns said not to perceived racism at the University.

Table 6 about here

Discussion

In accordance to findings of other Brazilian public Universities' research (Queiroz 2,004), this study suggests that Brown and Black students are underrepresented at tertiary education level when compared to their distribution across Brazilian society as a whole (IBGE 2,000).

Moreover, in agreement with previous findings (Hasenbalg 1,992; Beozzo 1,993; Fry 2,000; Nobles 2,000; Winant 1,990; McLucas 2,005), this study suggests that inequalities between Brazilian Whites, Blacks and Browns cannot only be evidenced by the minority group's limited access to education in comparison to Whites, but also by being socioeconomically disadvantaged. For instance, Blacks and Browns appear to come from lower socioeconomic levels than their White counterparts, which is supported by their reduced frequency of access to some products and services that have been associated to a higher social status; such as mobiles phones and car ownership, and access to private primary and secondary education (United Nations 2,007).

The smaller proportion of Black and Brown students that were living with relatives may indicate financial barriers among minority students, as there is evidence that their parents tend to be poorer (Rensselaer Polytechnic Institute 2,000). Consequently, Black and Brown students are forced to move to areas where work is available in search of

autonomy, thus leaving their parents' houses behind to financially support themselves. On the other hand, White students could count on parental economic support during college years. This is consistent with the larger proportion of Black and Brown students that were in paid jobs at the time of the survey.

The difficulties of disadvantaged students have been highlighted in previous research, where many underprivileged students felt that it was their finances that would limit the length of their student careers rather than their academic ability, with time spent at work directly affecting study time and academic performance (Forsyth & Furlong 2,003). Additionally, having parents without higher level of education is also a feature more commonly seen among Black and Brown students. Many of them may be the first in their families to have access to further education, and as previously reported, this could represent another barrier to successful academic achievement, as they will be unfamiliar with the mechanisms of higher education (Forsyth & Furlong 2,003). Furthermore, particularly among Black students, the tendency to these participants to be older than the rest may indicate their difficulties in accessing higher education. For instance, in Brazil, the majority of students to access further education are aged 17 to 23 years old. In fact, whereas at Unicamp, 80.8% of the students admitted in 2,004 were aged between 17 and 20 years old (Oliveira et al 2,008), the median age of Black students was 25 years old. This appears to suggest that Black students face a longer journey between secondary education and University than their White and Brown counterparts do, perhaps because they need to financially support themselves rather than counting with parental help (Rensselaer Polytechnic Institute 2,000). Regarding gender, there is a recent increase in the number of women in many Brazilian undergraduate and postgraduate courses (Leta 2,003). Nonetheless, the fact that more than three quarter of Black students are females, while the average proportion of females among the three groups is 56.3%, suggests that Black young males underrepresented at this University sample, perhaps due to having to start work earlier.

Focusing on differences between Black and Browns, the sense of belonging to Afro groups, thus sharing cultural identity aspects, seems to be higher among Black than Brown students. This is consistent with the argument that important aspects of ethnic

identity appear to be the level of ethnic identity achievement, which is characterized by the strength of ethnic group belongingness and positive attitudes toward one's group (Shrake and Rhee 2,004). It is also of note that Browns only had similar response rates when talking about the environment rather than themselves, which may suggest that they are less used to, or comfortable with, thinking about their sense of identity. For instance, in the context of Brazilian society, accepting and choosing the Black identity has significance. Besides being a phenotypic definition, assuming the Afro cultural identity has a strong political position (Oliveira 2,004). Both Black and Brown individuals have some African heritage, but preference for defining oneself as Brown may indicate not wanting to be considered Black (Munanga 1,999), in a country where the White social group is dominant and described by some as racist (Buckley 2,000, Heringer 2,002). For example, previous studies suggested that some Black interviewees may "whiten" their skin colour by describing themselves as Browns, thereby denying the socially stigmatized Afro identity (Travassos & Williams 2,004). However, as there is not a so-called "Brown identity" in Brazil, Browns as part of a minority group might struggle to find an ethnic sense of belonging (Munanga 1,999). This may explain their less care regarding their partner's skin colour, higher proportion of mixed or mostly non-Black/Brown friends and less interest in Afro groups than Black students.

The above seems to be also true when considering the Black and Brown participants' description of ethnic identity, in which Blacks described more proudness and acceptance and less indifference concerning their sense of ethnic identity than Browns, whom in contrast appear to be more unsure. Moreover, although both Blacks and Browns perceive discrimination and negative stereotypes regarding skin colour, Blacks tend to experience more discrimination, including their current environment such as the University than Browns. This, in part, can be explained by Brown participants not identifying themselves with dark skin colour; but also, it is consistent with previous evidence suggesting that those minority groups exposed to more messages regarding cultural pride as a way to cope, report more racism experiences, by for example raising awareness of the realities of racism (Bynum et al 2,007). However, even though cultural pride may increase perceived discrimination, it has been identified as a valuable buffer to cope with the psychological distress that follows racism (Fischer & Shaw 1,999; Boyd-Franklin 2,003).

Therefore, with Browns expressing less sense of ethnic identity, although seen as to experience less discrimination than Blacks, they may be less able to deal with the higher levels of psychological stress, and thus worse psychological functioning when exposed to racial discrimination. This is particular relevant as, even though Browns may not consider themselves in the same category as Blacks, yet society as a whole considers them as “non-white”, thus the “abnorm” against which a group’s perceived ability to succeed within white society is assessed (Aragon 2,007)

Limitations

One of the main limitations of this study is the use of secondary data, which complicates the collection of specific variables of interest and implies extra limitations concerning missing data (Midodzi et al 2,007). Additionally, combining non-white groups into one neat category tends to obscure the relational operation of race within those groups, stereotyping them, leading individuals to see members of different groups as very similar to each other and possessing common characteristics, when in reality, as this study suggests, they differ significantly. This emphasizes that the concept of considering race as a matter of black and white obscures the understanding of individuals rather than socially convenient stereotyped groups.

Although a strength of this study is that the large sample size, which is representative of the Brazilian higher education institutions, it is limited by the small proportion of Black and Brown students. However, this may be interpreted as both, due to the social inequalities of different groups accessing tertiary education; and because of the “whitening” phenomenon of self-declaration of both, Blacks and Browns as previously discussed.

Future studies with different designs shall consider other ways of accessing these minority students.

Conclusion

This study of the three Brazilian most frequent ethnic groups in a public Brazilian University suggests that, as previously reported, Black and Brown students share similar indexes of socioeconomic disadvantages when compared to the White group. Moreover, they are underrepresented in tertiary education, which could be underlined by the higher financial obstacles and less family support the face. Nevertheless, besides sharing minority group status and African origins, they are dissimilar in other respects. Whereas Blacks appear prouder and more acceptant of their ethnic identity, participate more in Afro culture groups and are more actively involved in fighting against racial discrimination, Browns described themselves as a mixture of origins and appear less interested in exploring their ethnic heritage. They agree about the existence of negative stereotypes and high levels of perceived racism and discrimination. Nevertheless, while Black students seem to experience more racism than Browns, the latter could be less protected against the psychological distress the follows racial discrimination, due to the less cultural pride they exhibit. Therefore, further research should focus on exploring whether these perceptions are in fact linked to different levels of psychological distress and other related health disparities between ethnic groups, considering them as separate entities rather than assuming that minority non-white groups face similar experiences as opposed to the white majority.

Acknowledgments

The authors would like to acknowledge Marly Coelho Carvalho Neves and Dr. Cláudio Eduardo Muller Banzato for their contribution towards study design, data collection and analysis.

References

Agência de Inovação da Unicamp – Inova (2,010), Em Profundidade. Accessed from <http://www.universia.com.br/inove/noticia.jsp?noticia=83> on 07/06/2010.

Ahmad, W.I.U. (1,993), Making black people sick: ‘Race’, ideology and health research. In *‘Race’ and Health in Contemporary Britain*, ed. W.I.U. Ahmad, Buckingham: Open University Press.

Almeida-Filho N., Kawachi I., Pellegrini Filho A., Norberto J., and Dachs W. (2,003), Research on Health Inequalities in Latin America and the Caribbean: Bibliometric Analysis (1,971–2,000) and Descriptive Content Analysis (1,971–1,995). *American Journal of Public Health* 93(12): 2,037-2,043.

American Anthropological Association – AAA (1,998), Statement on Race. *American Anthropologist* 100: 712-3.

Aragon M. (2,007), *Brown Youth, Black Fashion and a White Riot*. Goldsmiths, University of London: London.

Association of American Medical Colleges (1,999), Task Force report: Spirituality, cultural issues and end of life care. In Report III Contemporary issues in Medicine, eds. Association of American Medical Colleges, 26-31. Washinton, DC: Association of American Medical Colleges.

Borrel L.N., Kiefe, C.I., Williams, D.R., Diez-Roux, A.V., and Gordon-Larsen, P. (2,006), Self-reported health, perceived racial discrimination, and skin colour in African Americans in the CARDIA study. *Social Science & Medicine* 63: 1,415-1,427.

Boyd-Franklin, N. (2,003), *Black families in therapy: Understanding the African American experience* (2nd ed.). New York: The Guilford Press.

Buckley, S. (2,000), [Brazil's Racial Awakening](http://www.hartford-hwp.com/archives/42/133.html). Washington Post A2, Monday 12 June. Accessed from <http://www.hartford-hwp.com/archives/42/133.html> on 29/08/2,010.

Bynum, M.S., Burton, E.T., and Best, C. (2007), Racism Experiences and Psychological Functioning in African American College Freshmen: Is Racial Socialization a Buffer?. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology* 13(1): 64–71.

Carey, T.S., and Howard, D.L. (2007), The development of the field of health disparities research: The role of cross-disciplinary and institutional collaboration. *Harvard Health Policy Review* 8 (1): 136-44.

Chor, D., and Lima, C.R.A. (2005), Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* 21 (5): 1,586-94.

Corwin, A.F. (1974), Afro-Brazilians: Myths and Realities, In *Slavery and Race in Latin America*, ed. Toplin, R.B., Westport, CT: Greenwood Press.

Dogra, N., Vostanis, P., and Frake, C. (2007), Child mental health services: Cultural diversity training and its impact on practice. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 12 (1): 137-42.

Ellis, B.H., MacDonald, H.Z., Lincoln, A.K., and Cabral, H.J. (2008), Mental health of Somali adolescent refugees: the role of trauma, stress, and perceived discrimination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76 (2): 184-93.

Fischer, A. R., and Shaw, C. M. (1999), African Americans' mental health and perceptions of racist discrimination: The moderating effects of racial socialization experiences and self-esteem. *Journal of Counselling Psychology* (46): 395–407.

Forsyth, A.J.M., and Furlong A. (2003), *Losing out? Socioeconomic disadvantage and experience in further and higher education*. Bristol: The Policy Press.

Freyre, G. (1959). *Ordem e progresso: Processo de desintegração das sociedades patriarcal e semipatriarcal no Brasil sob o regime de trabalho livre, aspectos de um quase meio século de transição do trabalho escravo para o trabalho livre e da monarquia para a república*. Rio de Janeiro: José Olympio.

Fry, P. (2,000), Politics, nationality and the meanings of race in Brazil. *Daedalus* 129 (2): 83-118.

Guimarães, A.S.A. (2,003), Racial Insult in Brazil. *Discourse Society* 14 (2): 133-151.

Hall, S. 1,996. Introduction: Who needs “identity”? In *Questions of Cultural Identity*, ed. Hall, S. and Du Gay, P. London: Sage, p4.

Hasenbalg, C. (1,979), Discriminação e desigualdades raciais no Brasil. Rio de Janeiro: Graal.

Hasenbalg, C., and Silva, N.V. (1,992), *Relações raciais no Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Rio Fundo.

Heringer, R. (2,002), Desigualdades raciais no Brasil: Síntese de indicadores e desafios no campo das políticas públicas. *Cadernos de Saúde Pública* 18 (supl): 57-65.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística (2000), Demographic Census 2,000. Accessed from <http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2000/tabelabrasil131.shtm> on 13/08/2,010.

Joffe, H., and Yardley, L. (2,004), Content and thematic analysis. In *Research methods for clinical and health psychology*. ed. Marks, M., Yardley, L. London, Sage.

Leta, J. (2,003), As mulheres na ciência brasileira: Crescimento, contrastes e um perfil de sucesso. *Estudos Avançados* 17 (49): 271-84.

McLucas, K.L. (2,005), Race and Inequality in Brazil: The Afro-Brazilian Struggle in the Racial Democracy. *Culture Society & Praxis* 4 (1): 85-90.

Midodzi, W., Hayduk, L., Cummings, G., Estabrooks, C., and Wallin, L. (2,007), An alternative approach to addressing missing indicators in parallel datasets: research utilization as a phantom latent variable, *Nursing Research* 56(4S): 47-52.

Mindiola T., Niemann, Y.F., and Rodríguez, N. (2,002), Black-brown relations and stereotypes. Austin TX: University of Texas Press.

Munanga, K (1,999), Rediscutindo a mestiçagem no Brasil: Identidade nacional versus identidade negra. Petrópolis: Vozes.

Nazroo, J.Y. (2,003), The structuring of ethnic inequalities in health: Economic position, racial discrimination, and racism. *American Journal of Public Health* 93 (2): 277-84.

Neves, M.C.C., and Dalgarrondo, P. (2,007), Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 56 (4): 237-44.

Nobles M (2,000), History counts: A comparative analysis of racial/colour categorization in US and Brazilian censuses. *American Journal of Public Health* 90 (11): 1738-45.

Nogueira, O. (1,985), Preconceito racial de marca e preconceito racial de origem: Sugestão de um quadro de referência para a interpretação do material sobre relações raciais no Brasil. in *Tanto preto quanto branco: estudos de relações raciais*, Ed. Nogueira, O., São Paulo: T.A. Queiroz.

Noh, S., and Kaspar, V. (2,003), Perceived discrimination and depression: Moderating effects of coping, acculturation and ethnic support. *American Journal of Public Health* 93 (2): 232-8.

Noh, S., Kaspar, V., and Wickrama, K.A.S. (2,007), Overt and subtle racial discrimination and mental health: Preliminary findings for Korean immigrants. *American Journal of Public Health* 97 (7): 1,269-74.

Oliveira, F. (2,004), Ser negro no Brasil: Alcances e limites. *Estudos Avançados* 18 (50): 57-60.

Oliveira, M.L.C., Dantas, C.R., Azevedo, R.C.S., Banzato, C.E.M. (2,008), [Counseling Brazilian undergraduate students: 17 years of a campus mental health service](#). Journal of American College Health 57 (3): 367-72.

Palliam, R. (2,007), Finding honor in prejudice: The challenges of being discriminated in academia. International Review of Business Research Papers 3 (4): 210-9.

Polednak, A.P. (1,989), Racial and ethnic differences in disease. Oxford: Oxford University Press.

Queiroz, D.M. (2,004), O negro e a universidade brasileira. Historia actual on line 3: 73-82. Accessed from <http://www.historia-actual.com/hao/pbhao.asp> on 01//05/2009.

Rensselaer Polytechnic Institute (2,000), Black students / white campus, the pervasiveness of racism.

Accessed from <http://www.rpi.edu/~hultsp/BlackStudents.pdf> on 13/08/2,010.

Robson, C. (2,002), Real World Research, 2nd ed., Oxford: Blackwell.

Shrake, E.K., and Rhee, S. (2,004), Ethnic identity as a predictor of problem behaviors among Korean American adolescents. Adolescence 39 (155): 601-22.

Skidmore, T.E. (1,993), Black into white: Race and nationality in Brazilian thought. Durhan and London: Duke University Press.

Swinscow T.D.V., and Campbell M.J. (2,002) Statistics at square one. 10th edn. London: BMJ Books.

Telles E.E. (2,002). Racial ambiguity among the Brazilian population. Ethnic and racial studies. 25: 415-41.

The Times Higher Education (2,007), The top 200 world Universities. Accessed from <http://www.timeshighereducation.co.uk/hybrid.asp?typeCode=144> on 07/06/2,010.

Travassos, C., and Williams, D.R. (2004), The concept and measurement of race and their relationship to public health: a review focused on Brazil and the United States. *Cadernos de Saúde Pública* 20: 660-78.

Turra, C., and Venturi, G. (1995). *Racismo Cordial*. São Paulo: Editora Ática.

Unicamp (2010), Universidade Estadual de Campinas. Accessed from <http://www.unicamp.br/unicamp/en/unicamp> on 07/06/2010.

United Nations (2007), Sustainable Lifestyles and Education for Sustainable Consumption. Accessed from http://esa.un.org/marrakechprocess/pdf/Issues_Sus_Lifestyles.pdf on 13/08/2010.

Williams, D.R., and Williams-Morris, R. (2000), Racism and mental health: The African American experience. *Ethnicity and Health* 5: 243-68.

Williams, D.R., Neighbors, H.W., and Jackson, J.S. (2003), Racial/ethnic discrimination and health: Findings from community studies. *American Journal of Public Health: Racism and Health* 93(2), 200-8.

Winant, H. (1990), Postmodern racial politics in the United States: Difference and inequality. *Socialist review* 90 (1) 121-47.

Table A1: Economic, academic and demographic variables which did not show significant differences for Whites and Blacks/Browns

		Blacks and Browns N=173 (%)	Whites N=1001 (%)	P value
Nationality	Brazilian	172 (99.4%)	990 (99.3%)	0.834
	Other	1 (0.6%)	5 (0.5%)	
	Double citizenship	0	2 (0.2%)	
Practice of any religion?	No	46 (26.7%)	240 (24.1%)	0.464
	Yes	126 (73.3%)	754 (75.9%)	
Satisfaction with the chosen course	No	25 (14.5%)	147 (14.8%)	0.916
	Yes	148 (85.5%)	849 (85.2%)	
Average grades	Excellent	61 (37.7%)	296 (31.9%)	0.412
	Good	80 (49.9%)	474 (51.1%)	
	Regular	15 (9.3%)	117 (12.6%)	
	Weak	6 (3.7%)	40 (4.3%)	
Develop research activities?	No	129 (75.0%)	769 (77.3%)	0.511
	Yes	43 (25.0%)	226 (22.7%)	
Telephone	No	42 (25.9%)	214 (21.6%)	0.224
	Yes	120 (74.1%)	775 (78.4%)	
Personal computer	No	41 (25.0%)	224 (22.6%)	0.499
	Yes	123 (75.0%)	767 (77.4%)	

Table A2: Economic, academic and demographic significant differences for Whites and Blacks/Browns

		Blacks and Browns N=173 (%)	Whites N=1001 (%)	P value
Living with	Relatives, partner, parents, friends	74 (42.8%)	547 (54.8%)	0.003
	Alone, shared accommodation, lodgings	99 (57.2%)	451 (45.2%)	
Marital Status	Legally married or living with a partner for at least 3 months	31 (17.9%)	77 (7.7%)	<0.001
	Single, separated, divorced, widowed	142 (82.1%)	923 (92.3%)	
Children	No	152 (87.9%)	958 (96.0%)	<0.001
	Yes	21 (12.1%)	40 (4.0%)	
Mobile phone	No	16 (9.8%)	47 (4.7%)	0.008
	Yes	148 (90.2%)	949 (95.3%)	
Car	No	115 (75.2%)	618 (63.7%)	0.006
	Yes	38 (24.8%)	352 (36.3%)	
Mother's education	None, Basics or Elementary School	72 (41.6%)	202 (20.2%)	<0.001
	High School, College, University, Masters or PhD	101 (58.4%)	799 (79.8%)	
Father's education	None, Basics or Elementary School	79 (45.9%)	198 (19.9%)	<0.001
	High School, College, University, Masters or PhD	93 (54.1%)	797 (80.1%)	
Elementary School	Mainly or totally in a non-paid (public) school	107 (61.8%)	375 (37.6%)	<0.001
	Mainly or totally in a private (paid) school	66 (38.2%)	623 (62.4%)	
High School	Mainly or totally in a non-paid (public) school	110 (63.6%)	308 (30.8%)	<0.001
	Mainly or totally in a private (paid) school	63 (36.4%)	693 (69.2%)	
Paid work	No	76 (43.9%)	644 (64.3%)	<0.001
	Yes	97 (56.1%)	357 (35.7%)	

Table A3: Answers to quantitative questions asked only for Black and Brown students

		Black students N= 29 (%)	Brown students N= 144 (%)	P value
Regarding Afro groups (pride and culture)	Is neither interested nor participates	5 (17.9%)	54 (45%)	0.008
	Is interested and/or participates	23 (82.1%)	66 (55%)	
Best friends' skin colour	Mostly non-Blacks/non-Browns*	8 (27.6%)	26 (22%)	0.525
	Mostly Blacks/Browns	4 (13.8%)	1 (0.8%)	0.001
	Mixed	17 (58.6%)	91 (77.1%)	0.043
Who does prefer to date with?	Non-Black/Non-Brown person*	0	12(10.4%)	0.069
	Black/Brown person	6(20.7%)	8(7.0%)	0.026
	Indifferent*	23(79.3%)	95(82.6%)	0.680

*Options without consistent significance between the groups ($p > 0.05$).

Table A4: Themes identified and examples of comments used by Black and Brown participants to describe their *identity regarding ethnic background*

Themes	Ethnicity	Comments	N (%)
Acceptance/ Proudness	Blacks	I am proud to be Black and represent my ethnicity; I like being who I am and I am proud of my ancestors; I have a great acceptance in being a Black woman; The contribution of Black people has brought great value to Brazil, I appreciate my race step and transmit these values to my sons	10 (58.8%)
	Browns	I have no problem with that - I like to be this way; I like my appearance. I love being how I am. I do not feel in any interference with my ethnic group in my life; I was admitted to University satisfied with my colour and I am not ashamed of saying that I have Black ascendance	19 (31.7%)
Problem in the past but not now	Blacks	When I was a child, I hated being who I was but now I love being Black and do not get ashamed anymore. I think this is what I like most in me nowadays, but once it was something that have caused suffering	2 (11.8%)
	Browns	No answers	0
Active engagement against discrimination	Blacks	No answers	0
	Browns	I fight to break prejudices; I explore themes, music, culture related to Afro; My great-grandmother and my grandmother are Black and I fight against racism	3 (5%)
Wants to be more active	Blacks	I believe I should be much more participant, interested, integrated, active	1 (5.9%)
	Browns	No answers	0
Feels discriminated	Blacks	It is like having to face or reveal hidden prejudices in society every day; The country is racist, therefore, somehow, I feel discriminated; Sometimes I feel insecure when I compete for a job, for instance, with White people	3 (17.6%)
	Browns	I often suffer prejudice, sometimes I want to be born again; I feel as minority in society	2 (3.3%)
Unsure	Blacks	No answers	0
	Browns	I like to be Brown but I would like that my hair could be smoother; It is normal, but there are people who make jokes of you, i.e., discriminate	2 (3.3%)
Indifference for oneself but not for others	Blacks	I think that being Black is like being White or Oriental, but, by the knowledge of world history, the Blacks suffered a lot and that is what revolts me	1 (5.9%)
	Browns	The Blacks suffer much more prejudice than Browns	2 (3.3%)
Indifference	Blacks	No answers	0
	Browns	Being Black or Brown does not differentiate us much, we are Brazilians as the others; I do not feel discriminated against my colour, nor have prejudices about the same; I have no problem with the Brown identity; I do not think that is a feature that provides me advantages or disadvantages in any aspect of my life; I never thought about this. I do not feel part of an ethnic group or specific minority. This is not important to me	18 (30%)

Description of origin without judgment	Blacks	No answers	0
	Browns	I do not know of any African-ascent I have. But I can not consider myself White so I chose Brown; I am mixed. I do not identify significantly, but I have my roots; My grandmother (from father) was dark-mulatto. From there has entered the "Brown" phenotype I have. The rest before my grandparents are of "White" origin (Germans); I feel Brown by the mixing of different ethnicities in my family	14 (23.4%)

Table A5: Themes identified and examples of comments used by Black and Brown participants to describe whether they *have felt discriminated for being Black/Brown*

Themes	Ethnicity	Comments	N (%)
Yes	Blacks	When it happens I feel very powerless and very angry; I have already been discriminated by teachers, staff members and even visitors of Unicamp; I have been disqualified for services because of appearance and not because of lacking skills; Feelings of isolation and of "not being good enough"	6 (40%)
	Browns	Many years ago, I suffered some comments on my ethnic traits; Yes, including situations in the University itself, regarding some class colleagues; Only criminal suspicion; I laugh, then I cry	5 (14.3%)
Suggesting Yes	Blacks	They (police, people) associate the Blacks to crime, poverty, ignorance; At work, people / customers do not say, but they think that the position you hold is not deserved;	7 (46.6%)
	Browns	Sometimes I feel that people are more likely to talk to White people Discrimination most often is shown at little jokes of ethnic theme; It's bad being discriminated	6 (17.3%)
No	Blacks	It has never happened to me	1 (6.7%)
	Browns	I never felt discriminated; Never, they love my colour	20 (57.1%)
Do not remember	Blacks	I do not remember being discriminated	1 (6.7%)
	Browns	I can not remember and if I was but in any case, I do not care	1 (2.8%)
No, as do not identify with dark skin colour	Blacks	No answers	0
	Browns	I am not a "whitey girl", but I am not a mulatto either. Do not think people see me as Brown; I never felt discriminated, but I do not have African traits and I am very "whitey"; I personally did not, but darker-skinned brothers and daughter, because of the hair, yes	3 (8.6%)

Table A6: Themes identified and examples of comments used by Black and Brown participants to express *perceived racism in their current environment*

Themes	Ethnicity	Comments	N (%)
Yes	Blacks	It is impossible not noticing. Police stops me no less than twice a week, even during daytime; Sure. Take a look at the television, the prototype of the beautiful they sell for sure is not the Black one; Yes, but it is in a kind of disguise, people pretend they do not have prejudices but some do have	19 (79.1%)
	Browns	Racism has always existed, it is in the minds of people, even Blacks and Mulattos who have a gain from their ethnicity; I notice, because there are people who still have relationships only to persons of the same race (ethnicity); Yes, despite the minds of people are changing, there are people who still discriminate because of the ethnicity of the other; Yes, especially when non-Caucasian people acquire status of leadership or power in society; Racism turns to Blacks, not much to Browns	70 (76.1%)
No	Blacks	I know it exists, but I do not feel it against myself; I do not feel discriminated against my colour in my social environment and neither notice it; I do not realize manifestations of racism in my environment	4 (16.7%)
	Browns	I never witnessed; I have already heard of cases, however none I ever witnessed; I do not suffer and I think that tolerance is increasing moderately	19 (20.6%)
Not at the University	Blacks	At Unicamp I don't notice it	1 (4.2%)
	Browns	Not here at Unicamp; I do not notice it inside Unicamp. If there is, it comes from the economic higher-class minority	2 (2.2%)
Other	Blacks	No answers	0
	Browns	I do not agree with these society's types of classification, as well as this research itself. In which you have to classify yourself according to the colour of skin. Even because we are in Brazil, where there is such a mixture	1 (1.1%)

5.2 – Recorte B

- Recorte B

Os dados descritivos sobre as frequências de cada categoria das variáveis independentes encontram-se descritos nos item resultados do recorte **C**, que utilizou essas mesmas variáveis independentes e foi redigido em formato de artigo.

Os dados exploratórios sobre os escores de cada domínio da WHOQOL-Bref do banco de dados secundário, adaptados para o padrão da WHOQOL-100, encontram-se dispostos na tabela um, incluindo medidas de tendência central e de dispersão. As tabelas dois e três mostram as mesmas medidas quando se separam os alunos de acordo com os subgrupos de cor de pele referida. A tabela dois mostra os dados encontrados para os alunos que se referem como negros ou pardos e a tabela três para aqueles que se identificam como brancos. As medidas das tabelas dois e três foram utilizadas no cálculo do teste de Mann-Whitney. A tabela quatro mostra as medidas e o número de sujeitos que foram incluídos em cada domínio para a realização deste teste, enquanto a tabela cinco apresenta o resumo das médias e somas dos escores em cada domínio, após o ordenamento. Por fim, a tabela seis relaciona os valores finais encontrados no teste.

Para a análise de regressão linear, os modelos univariados que serviram para seleção das variáveis utilizadas na análise multivariada encontram-se dispostos no apêndice um. As tabelas sete a dez expõem as variáveis independentes (tanto as sociodemográficas como as relacionadas aos diferentes tipos percebidos de vivências de discriminação) que, ao término das análises de regressão logística uni e multivariadas, correlacionaram-se estatisticamente, no banco de dados secundário, com pior qualidade de vida para os domínios pesquisados da WHOQOL-Bref.

Tabela B1: Medidas de tendência central e de dispersão dos escores em cada domínio da WHOQOL-Bref

	Domínio físico	Domínio psicológico	Domínio social	Domínio ambiental
Média	66,7	65,3	63,3	59,4
Mediana	67,9	66,7	66,7	59,4
Variância	238,5	268,9	488,1	263,2
Desvio padrão	15,4	16,4	22,1	16,2
Erro padrão	0,8	0,9	1,2	0,9
Mínimo	7,1	16,67	0	15,6
Máximo	100	100	100	100
Amplitude	92,9	83,3	100	84,4
Amplitude Interquartis	21,4	20,8	25	21,7
Intervalo de confiança de 95 % para a média – limite inferior	65,0	63,5	61	57,7
Intervalo de confiança de 95 % para a média – limite superior	68,3	67	65,7	61,1
Casos excluídos da análise	5	5	5	5

Tabela B2: Medidas de tendência central e de dispersão dos escores em cada domínio da WHOQOL-Bref no subgrupo de alunos que se identificaram como de cor de pele negra ou parda

	Domínio físico	Domínio psicológico	Domínio social	Domínio ambiental
Média	64,6	63,2	59,4	57,5
Mediana	64,3	62,5	58,3	56,3
Variância	252,1	285,4	531,9	278
Desvio padrão	15,9	16,9	23,1	16,7
Erro padrão	1,2	1,3	1,8	1,3
Mínimo	21,4	16,7	0	18,8
Máximo	100	100	100	100
Amplitude	78,6	83,3	100	81,3
Amplitude Interquartis	21,4	20,8	33,3	21,9
Intervalo de confiança de 95% para a média – limite inferior	62,2	60,6	55,9	54,9
Intervalo de confiança de 95% para a média – limite superior	67	65,7	63	60
Casos excluídos da análise	4	4	4	4

Tabela B3: Medidas de tendência central e de dispersão dos escores em cada domínio da WHOQOL-Bref no subgrupo pareado de alunos que se identificaram como de cor de pele branca

	Domínio físico	Domínio psicológico	Domínio social	Domínio ambiental
Média	68,8	67,4	67,1	61,3
Mediana	71,4	70,8	66,7	62,5
Variância	217,9	245,5	418,7	243,1
Desvio padrão	14,8	15,7	20,5	15,6
Erro padrão	1,1	1,2	1,6	1,2
Mínimo	7,1	20,8	8,3	15,6
Máximo	100	95,8	100	93,8
Amplitude	92,9	75	91,7	78,1
Amplitude Interquartis	17,9	20,8	33,3	18,8
Intervalo de confiança de 95% para a média – limite inferior	66,6	65	64,0	58,9
Intervalo de confiança de 95% para a média – limite superior	71	69,7	70,2	63,6
Casos excluídos da análise	1	1	1	1

Tabela B4: Dados descritivos, para cada domínio da WHOQOL-Bref, dos sujeitos incluídos no teste de Mann-Whitney, distribuídos em relação à cor de pele

	N	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo	Percentis		
						25%	50% (Mediana)	75%
Domínio físico	342	66,7	15,4	7,1	100	57,1429	67,9	78,6
Domínio psicológico	343	65,3	16,4	16,7	100	54,1667	66,7	75
Domínio social	343	63,4	22,1	0	100	50,0000	66,7	75
Domínio ambiental	342	59,3	16,2	15,6	100	50,0000	59,4	71,5
Branços+Negros/Pardos	346	1,5	0,5	1	2	1	1,5	2

Tabela B5: Médias e somas das ordens dos escores em cada domínio da WHOQOL-Bref, de acordo com a situação dos alunos em relação à cor de pele

Domínio	Como se situa em relação à cor de pele	N	Média das ordens	Soma das ordens
Físico	Branco	172	186,6	32095
	Negros e pardos	170	156,2	26558
Psicológico	Branco	172	186	31987,5
	Negros e pardos	171	158	27008,5
Social	Branco	172	188,6	32437
	Negros e pardos	171	155,3	26559
Ambiental	Branco	172	184,7	31762
	Negros e pardos	170	158,2	26891

Tabela B6: Valores encontrados de U (Mann-Whitney), W (Wilcoxon), Z e p na comparação dos domínios de qualidade de vida dos alunos, separados de acordo com a cor de pele*

	Domínio físico	Domínio psicológico	Domínio social	Domínio ambiental
Mann-Whitney U	12023	12302,5	11853	12356
Wilcoxon W	26558	27008,5	26559	26891
Z encontrado	-2,8	-2,6	-3,1	-2,5
Valor p	0,004	0,009	0,002	0,013

*Variável de agrupamento: como se situa em relação à cor de pele

Tabela B7: Análise de regressão linear multivariada para domínio físico de escala de qualidade de vida (n=321)**

Variáveis Seleccionadas	Categorias	Beta (EP)*	Valor p	R ² Parcial
1. Idade	≤20 anos (ref.)	---		
	21-25 anos	-19,3 (12)	0,108	
	≥26 anos	-55,7 (14,1)	<0,001	0,1
2. Discriminação contra aparência física	Não (ref.)	---		
	Sim	-35,2 (11,2)	0,002	0
3. Classe social	Alta (ref.)	---		
	Média	-8,7 (14,3)	0,544	
	Baixa	-39,5 (14,3)	0,006	0
4. Cor de pele	Branco (ref.)	---		
	Negro e Pardo	-27,4 (10,1)	0,007	0
5. Discriminação contra posições políticas	Não (ref.)	---		
	Sim	-40,7 (18,9)	0,032	0

* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R²: coeficiente de determinação. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. R² Total: 0,1591. Intercepto (EP): 235,88 (13,28); P<0,001.

** Variável dependente transformada em postos (ranks) devido à ausência de distribuição Normal.

Tabela B8: Análise de regressão linear multivariada para domínio psicológico de escala de qualidade de vida (n=318)**

Variáveis Seleccionadas	Categorias	Beta (EP)*	Valor p	R ² Parcial
1. Discriminação contra aparência física	Não (ref.) Sim	--- -59,5 (10,1)	<0,001	0,1
2. Discriminação contra nível socioeconômico	Não (ref.) Sim	--- -29,9 (11,8)	0,012	0
3. Classe social	Alta (ref.) Média Baixa	--- -9 (14) -31,8 (14,5)	0,519 0,030	0
4. Cor de pele	Branco (ref.) Negro e Pardo	--- -23,1 (10,2)	0,024	0
5. Sexo	Masculino (ref.) Feminino	--- -22,7 (10,5)	0,031	0

* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R²: coeficiente de determinação. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. R² Total: 0,1720. Intercepto (EP): 233,79 (13,20); P<0,001.

** Variável dependente transformada em postos (ranks) devido à ausência de distribuição Normal.

Tabela B9: Análise de regressão linear multivariada para domínio social de escala de qualidade de vida (n=316)**

Variáveis Seleccionadas	Categorias	Beta (EP)*	Valor p	R ² Parcial
1. Discriminação contra aparência física	Não (ref.) Sim	--- -45,2 (11,2)	<0,001	0,1
2. Discriminação contra nível socioeconômico	Não (ref.) Sim	--- -31,6 (11,6)	0,007	0
3. Cor de pele	Branco (ref.) Negro e Pardo	--- -27,4 (10,4)	0,009	0

* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R²: coeficiente de determinação. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. R² Total: 0,1044. Intercepto (EP): 203,21 (8,22); P<0,001.

** Variável dependente transformada em postos (ranks) devido à ausência de distribuição Normal.

Tabela B10: Análise de regressão linear multivariada para domínio ambiental de escala de qualidade de vida (n=318)**

Variáveis Seleccionadas	Categorias	Beta (EP)*	Valor p	R ² Parcial
1. Discriminação contra nível socioeconômico	Não (ref.) Sim	--- -47,9 (10,8)	<0,001	0,1
2. Trabalha?	Não (ref.) Sim	--- -31 (11,6)	0,008	0,1
3. Classe social	Alta (ref.) Média Baixa	--- -24 (12,6) -70,3 (13,2)	0,058 <0,001	0,1
4. Discriminação contra aparência física	Não (ref.) Sim	--- -24,3 (9,9)	0,015	0
5. Discriminação contra orientação sexual	Não (ref.) Sim	--- -72,9 (23,6)	0,002	0
6. Cor de pele	Branco (ref.) Negro e Pardo	--- -25,2 (9,1)	0,006	0
7. Período do curso	Diurno (ref.) Noturno	--- -26,9 (11,6)	0,022	0

* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R²: coeficiente de determinação. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis. R² Total: 0,3507. Intercepto (EP): 267,29 (11,49); P<0,001.

** Variável dependente transformada em postos (ranks) devido à ausência de distribuição Normal.

5.3- Recorte C

Title of the contribution:

Perceived experiences of discrimination and mental health outcomes in undergraduates

Authors:

Amilton dos Santos Júnior (Santos Jr, A.)

Pablo Ronzoni (Ronzoni, P.)

Nisha Dogra (Dogra, N.)

Eloisa Helena Rubello Valler Celeri (Celeri, E.H.R.V.)

Paulo Dalgarrondo (Dalgarrondo, P.)

Addresses where the work was carried out:

1) Laboratory of Mental Health, Society and Culture - Department of Medical Psychology and Psychiatry - Faculty of Medical Sciences - University of Campinas (Unicamp) – Campinas – Brazil

PO Box: 6111 – ZIP Code: 13083-970

2) Greenwood Institute of Child Health – University of Leicester – Westcotes House – Westcotes Drive – Leicester – United Kingdom

LE3 0QU

Biographical details:

Amilton dos Santos Júnior

Psychiatrist; Second-year Post-Graduate Student (for Master's Degree) at
Department of Pediatrics - University of Campinas (Unicamp) – Campinas – Brazil

Dr. Pablo Ronzoni

Academic Clinical Fellow and Specialist Registrar in Child and Adolescent
Psychiatry – Greenwood Institute of Child Health - University of Leicester – Leicester –
UK

Dr. Nisha Dogra

Senior Lecturer in Child and Adolescent Psychiatry – Greenwood Institute of
Child Health – University of Leicester – Leicester – UK

Dr. Eloisa Helena Rubello Valler Celeri

Senior Lecturer in Child and Adolescent Psychiatry – Department of Medical
Psychology and Psychiatry – University of Campinas (Unicamp) – Campinas - Brazil

Dr. Paulo Dalgarrondo

Professor of Psychiatry and Head of the Department of Medical Psychology
and Psychiatry – University of Campinas (Unicamp) – Campinas – Brazil

Perceived experiences of discrimination and mental health outcomes in undergraduates

Abstract

Background: University students, besides the challenges of academic life, face many stressful developmental issues, in particular being susceptible to experiencing discriminatory events and their consequences.

Aims: To descriptively and associatively analyze correlations between different kinds of perceived discrimination and distinct clusters of mental and behavioral conditions of a sample of Brazilian undergraduates.

Methods: Cross-sectional study. Sample consisted of two self-identified skin colour groups, stratified according to socioeconomic features and surveyed by individually self-answered questionnaires. Data concerned socio-demographic characteristics, reports of discriminatory experiences and risk behaviors. Also collected was information from Brazilian-adapted versions of M.I.N.I., AUDIT, and an inventory of the use of illicit psychoactive substances.

Results: From the 1,306 surveyed students, 346 (173 self-identified as Blacks/Browns and 173 as Whites) were included in the final paired sample: 58.1% females; 73.4% aged 25 years or less and 76.6% from families of low/average socioeconomic status. Perceived experiences of discrimination were reported by 69.4%, mainly due to physical appearance (31.2%) and socioeconomic status (27.2%). 60.4% individuals reported at least one group of M.I.N.I. evaluated complaints; 19.9% showed a potentially hazardous use of alcohol; 23.4% had already used illicit psychoactive substances and 19.7% referred risk behaviors after drinking or using drugs. Discrimination based on physical appearance, socioeconomic status and academic performance, which result in feelings of inferiority, was more often correlated to affective internalized complaints, while discrimination against political positions, clothing and body ornaments, religion and skin colour, which bring the conception of being separated from the majority, was more often correlated to externalized risk attitudes.

Conclusion: Self-reported experiences of discrimination and psychological symptoms and complaints are common among Brazilian undergraduates and are also correlated in specific ways. Future studies shall deepen, with different designs, causal relations of these findings and how they may influence people's mental health states and their search for treatment.

Key words: Affective Symptoms, Drug users, Prejudice, Risk Behavior, Students, Universities

Introduction

Exposure to serious psychological stressors related to identity status presents specific challenges for psychiatry. Experiences of perceived discrimination are an important stressor, which may perpetuate social problems, precipitate psychological symptoms or complicate pre-existing psychiatric disorders (Kelly and Feeney, 2,007). Discriminatory practices may operate at either an institutional or an individual level, leading to problems such as stereotyping, rejection, prejudice, devaluation of a particular culture, threats and even attacks (Bhugra and Ayonrinde, 2,001).

There is increasing evidence of associations addressing perceived discrimination and its detrimental impact as a driver of physical and mental health disparities. Although data are typically cross-sectional, the theoretical link is that discriminatory experiences serve as a stressor and precipitate multiple mental health problems (Lee, 2,003; Borrel et al. 2,006; Moradi and Risco, 2,006; Noh, Kaspar, and Wickrama, 2,007; Ellis et al, 2,008). Although it is difficult to objectively distinguish between perceived and actual discrimination, the mere perception of being discriminated against is sufficient to decrease the health and mental health status of people who experience it (Smedley and Smedley, 2,005; Landrine et al, 2,006; Hwang and Goto, 2,008). Moreover, although some may question whether minorities may be too sensitive and report more discriminatory experiences, there is sufficient research to show that minority group members tend even to minimize their experiences with unfair treatment (Ruggiero and Taylor, 1,997).

As a matter of concern, there is a growing awareness of the mental health of university students, who face not only the challenges of completing higher education, but also many developmental issues that accompany late adolescence and young adulthood (Oliveira et al, 2,008a). These individuals are particularly susceptible to experiencing discriminatory events and their consequences, which, if not properly handled, may persist into adulthood and cause serious academic and interpersonal relationship problems (Prelow, 2,006; Lahiri et al, 2,007; Lo et al, 2,009). Depressive moods and anxiety, distress and loss of self-esteem are common during this period of human development (Grunbaum et al, 2,004; Viner et al, 2,006; Lo et al 2,009; The International Association of Counseling Services, Inc, 2,009). It is also observed that alcohol and multiple substance use are frequent among these individuals, often being associated with abuse, dependence and risk behaviors (Leri et al, 2,004; Somers et al, 2,004; Barrett, Darredeau and Pihl, 2,006; King et al, 2,006; Hingson et al, 2,005; Blanco et al, 2,008).

The broad array of mental health outcomes related to the negative impact of discrimination sheds light on the far-reaching implications of this social issue (Hwang, 2,008). Some may argue that a university sample may reduce group differences in discriminatory experiences because there may be contextual similarities and self-selection by relatively resilient and high-functioning individuals. The evidence, though, suggests that discrimination on *campuses* has increased over the years (McCormack, 1,996).

Without disregarding possible biases related to the skin colour and socioeconomic distribution of the surveyed students, this study does not intend to infer causal relations. The objective is to use descriptive and correlative methods to contribute to a better understanding of the relations between different categories of perceived discrimination and specific clusters of mental and behavioral outcomes, in a sample of Brazilian university students.

Methods

Sampling

The study took place at the University of Campinas (Unicamp), a public Brazilian institution, founded in October, 1,966. Although it is a young university, Unicamp has already developed a strong tradition in education, research and service to society. Its complex is constituted of three campuses and a series of support units within a universe of about 50,000 people. In 2,009, there were 1,221 Master's and 871 Doctoral theses defended (UNICAMP, 2010). The University has about 33,000 students, of which about 17,000 are undergraduates (UNICAMP, 2010). Admission into undergraduate courses is allowed for individuals who have completed high school and who are approved in annual competitive tests. For graduate programs, selection procedures include exams, interviews and analysis of curriculum vitae (UNICAMP, 2010). Statistics report that 80.8 % of the undergraduate students admitted to Unicamp in 2,004 were young adults, aged between 17 and 20 years (Oliveira et al, 2,008a).

In December 2,004, a pilot study, which included 60 graduate students from Medicine and Speech Therapy courses, was performed, in order to evaluate the acceptability and understandability of the questionnaire and to define the sample size of the main study.

The total sample covered by the database was planned according to power calculations for sample size, after the pilot study, which determined a prevalence of around 30% for mental disorders, with the significance level of 1% ($\alpha = 0.01$) and sampling error of $d=0.035$. Therefore, the minimum sample size that should be taken from the total of 14,640 regular students registered at University of Campinas in 2,005 was estimated to be 1,138 subjects. Data collection occurred between October 2,005 and November 2,006. A total of 1,306 questionnaires were effectively collected. General results of self-referred mental disorders taken from this sample are presented elsewhere (Neves and Dalgalarondo, 2,007). As the Brazilian society is mainly composed of mixed ethnic/race individuals, official censuses from the Brazilian Institute of Geography and Statistics have used, since 1,872, the self-described criterion of "skin colour" in its methods (IBGE, 2,000). According to this classification system, which does not necessarily reflect a shared ethnic background, Brazilian individuals are self-identified into three main skin colour groups: "Whites" (Caucasians), "Browns" (Mixed origin individuals) and "Blacks"

(African-descendants) (IBGE, 2,000). This study used this Brazilian official quoted terms and only students who were self-identified as from one of these three groups were considered in the analysis. Therefore, 1,174 students were included, which is 89.8% of original sample.

Inclusion criteria for participants were: to be undergraduate students, from either gender, regularly registered in courses from Unicamp (State of Sao Paulo, Brazil) and who had read, understood, agreed and signed the free and informed consent form. Students in the first semester of their courses were not surveyed due to their only brief exposure to the academic environment of the University. Special students (not regularly registered) and those who were not fluent in Portuguese were also excluded. The sample selection was based on clusters of proportional conglomerates of students in each course. Therefore, a random selection of classes and programs that would take part in the study was performed, based on the representativeness of each knowledge area. However, as some classes may have many absent students and this could result in an important sampling bias, only those classes with at least 60% of the regularly enrolled students inside the classroom by the time of the application were considered for the survey. There were 36 courses contacted, but only for 17 was data collection possible, because many coordinators and teachers expressed concern regarding losing class hours. Therefore, the participating courses were: Literary Studies, Pedagogy, Music, Speech Therapy, Medicine, Statistics, Physics, Architecture, Civil Engineering, Agriculture Engineering, Food Engineering, Computer Engineering, Chemical Engineering, Computer Technology, Environmental Sanitation Technology, Civil Construction Technology and Telecommunications Technology.

In order to avoid possible misinterpretations due to confounding factors related to the racial and socioeconomic distribution of the student population, the final sample construction was refined by a stratified pairing procedure. Initially, subjects were separated according to their self-referred skin colour. Subsequently, they were paired according to approximate socioeconomic characteristics. For each self-declared Black/Brown student another was chosen who self-identified as White and who approximately shared the following characteristics: age interval; period during which the student attended classes at

the University and; if the student was or was not also working. After this step, the distribution of the sample for analysis was finalized with 346 subjects, deriving from 2 groups: one with all the 173 self-referred Black/Brown students (39 Blacks and 144 Browns) and another with 173 paired White students, chosen from the sum of 1,001 individuals who identified themselves as belonging to this skin colour group. Black and Brown students were considered together into one neat group because the number of Black students was very low and also because there are many economic and political features shared by them in Brazilian society, as well as reports of perceived experiences of discrimination (Carey and Howard, 2,007). Another study, with results from this same database and regarding specific skin colour issues and differences between Black and Brown university students, is underway by the presenting authors.

Design and instruments

This is a cross sectional study. The questionnaire's independent variables for this survey were: gender, age interval (less than 21; 21-25; more than 25 years old); skin colour (White or Black/Brown); socioeconomic status (high, medium or low); period in which the student had classes at the university (during daytime or at night); if the student was also working or not; and different kinds of perceived experiences of discrimination, reported at least once in life. These perceptions included affirmative answers to the questions of feeling discriminated against for any unspecified reason and/or due to one of the following categories: physical appearance, socioeconomic status, academic performance, political positions, clothing and body ornaments, religion, skin colour and sexual orientation. As the distribution of the students according to their course area in this questionnaire does not reflect the real University distribution (many courses did not participate due to coordinator refusals), this variable was not considered for the multivariate analyses. Dependent variables were mental health outcomes, whose presence was evaluated by the use of the following quantitative instruments:

A) M.I.N.I.

The M.I.N.I. (Mini International Neuropsychiatric Interview), which is a brief and standardized diagnostic interview compatible with the criteria of DSM-III-R and ICD-

10 (Sheehan et al, 2,009), was used to assess possible mental disorders. Results of reliability and validity of the instrument are satisfactory and, for the development of the Brazilian version, there has been a combination of epidemiologic and anthropologic procedures, in order to optimize the cultural sensitivity of the instrument (Amorim, 2,000).

In the present study, the M.I.N.I. was used as a self-reported inventory of subjective complaints described by the student. The following cluster of mental health symptoms were considered: *serious and episodic current depressive complaints; mild but persistent depressive complaints; current paroxysmal episodes with symptoms of anxiety; current abnormal symptoms of fear of public spaces or open areas, from which escape could be difficult; current abnormal symptoms of fear of social situations and interaction with people that can bring on feelings of inferiority and judgment; current unwanted ideas or impulses that repeatedly well up in the mind and/or compulsive behaviors; current episodes of excessive eating followed by inappropriate methods of weight control; persistent symptoms of more than habitual anxiety; insomnia for at least 2 weeks during last 12 months; and suicidal thoughts at least once in life*. For the statistical analysis, the variable *any affirmative category evaluated by the M.I.N.I.* was created, which included an affirmative answer to at least one of the previous categories, except insomnia and suicidal thoughts (included at the end of the instrument). Other clusters suggestive of mental health outcomes possibly evaluated by the M.I.N.I., such as antisocial traits or psychotic and post-traumatic stress experiences, were not included in this study because of the low presumed prevalence of these conditions in this sample.

B) AUDIT

The AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) is a screening instrument developed by the WHO in the 1,980s and validated in Brazil. This scale aims to identify people at risk for consumption of alcohol, alcohol abuse and dependence. The score ranges from 0 to 40, and a score of eight or more indicates the need for a more specific diagnosis (Babor et al, 1,992; Lima et al, 2,005). Thus, this cutoff was used to consider the screening variable *more frequent use of alcohol* to be positive.

C) Identification of the use of illicit psychoactive substances

A questionnaire based on the Brazilian Information Center on Psychotropic Drugs - CEBRID method, with some adaptations due to the objectives of this research, was utilized to identify the use of illicit psychoactive substances, including the following substances: marijuana, powder cocaine, crack, amphetamines, hallucinogens, ecstasy, volatile solvents, anabolic steroids or other substances used with the purpose of “getting high”. The questionnaire did not aim to make the clinical diagnoses of abuse or dependence. For each considered substance, there were the following possible responses: (1) never used, (2) used at least once in lifetime; (3) used at least once in the last 12 months; (4) used during the last 30 days. The adapted questionnaire was considered positive when the student reported “yes” to the question of having already used marijuana at least once during the last 30 days or any other illicit psychoactive substance at least once in life.

D) Risk behaviors after drinking or using other psychoactive substance

This variable was constructed according to positive answers to at least one of the following questions: (1) “Have you ever driven a vehicle after drinking an alcoholic beverage or after using some other psychoactive substance?”; (2) “Have you ever had sexual intercourse with an unknown person after drinking an alcoholic beverage or after using some other psychoactive substance?”

Ethical considerations

For data collection, the ethical approval from the Committee of Ethics on Research from the Faculty of Medical Sciences of University of Campinas (CEP/FCM/UNICAMP) was obtained in August 2,004 (Nº331).

Analysis

Paired data were entered and analyzed using SPSS, version 16.0 (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA). Descriptive tables were created to show the social-demographic characteristics of the sample, the rates of perceived experiences of discrimination and the prevalence of the evaluated mental health outcomes. Simple bivariate analysis was used to

compare Black and Brown undergraduates to Whites and chi-square tests assessed the significance of the data. P-values below 0.05 were considered statistically significant.

Regarding mental health outcomes possibly correlated to social-demographic characteristics and perceived experiences of discrimination, logistic regression analyses, with both univariate and multivariate models, were performed studying the correlation of variables. Of the dependent variables, only those with a reported prevalence of more than 15% in the final paired sample were considered for the models, with the exception of the category “suicidal thoughts at least once in life”, because of its detrimental impact among all mental health outcomes. Univariate logistic regression analyses were initially performed in order to adjust the model for the dependent variables, regarding each of the independent ones (tables of this procedure are too extensive and were not included in the main document of this paper). This procedure was followed by stepwise criteria to select the categories that better explained the variables of interest, thus obtaining models for the multivariate logistic regression analyses, which are shown in the results section below. The level of significance was 5% ($p\text{-value} \leq 0.05$). The SAS System for Windows (Statistical Analysis System), version 9.1.3 (SAS Institute Inc, 2,002-2,003, Cary, NC, USA) was used to obtain the logistic regression and multivariate analyses.

Results

Intentionally, according to the criteria for stratifying the final sample's composition, there were no significant statistic differences between the skin colour groups in the following characteristics: age intervals, socioeconomic status, if the student also works and time of the day during which individuals attend classes at the University. Most students are less than 26 years old (73.4%) and from families of low or average socioeconomic status (76.6%). More than a half also work (55.5%) and are daytime students (57.8%). Gender distribution, although not a category for the pairing procedure, was almost identical between both skin colour groups, with a predominance of females (58.1%). Regarding their course areas, the undergraduates were distributed in: exact sciences and technological areas (46.2%); humanities, human sciences and arts (35.8%); and health professions (17.9%).

Perceived experiences of discrimination were frequently reported (69.4%). The most cited categories were discrimination based on physical appearance and socioeconomic status. Black/Brown undergraduates reported more discrimination, statistically, than Whites in the categories based on skin colour and academic performance. The descriptive frequencies showing the rates of reported perceived experiences of discrimination are shown in Table 1.

Table 1 about here

From the evaluated mental health outcomes, depressive and anxiety complaints were very common, as well as behaviors related to the use of psychoactive substances, including alcohol. The only category expressing a difference between the skin colour groups was *serious and episodic current depressive complaints*, with a higher prevalence of reports among Blacks and Browns (26.2%) than among Whites (16.3%), with a p-value of 0.025. Data of psychological and behavioral outcomes from each group and from the whole sample are shown in Table 2.

Table 2 about here

Due to their low prevalence (less than 15%), the following categories were not considered to be dependent variables for the linear logistic regression models: *current abnormal symptoms of fear of public spaces or open areas, from which escape could be difficult* (13%); *current abnormal symptoms of fear of social situations and interaction with people that can bring on feelings of inferiority and judgment* (7.8%); *current episodes of excessive eating followed by inappropriate methods of weight control* (4.9%); and *current unwanted ideas or impulses that repeatedly well up in the mind and/or compulsive behaviors* (1.4%).

The multivariate logistic regression analyses showed that each dependent mental health outcome that was evaluated presented a specific significant odds ratio (OR) pattern of correlation with the independent variables. Data about variables correlated with a higher OR for M.I.N.I. clusters of psychological complaints are shown in Table 3.

Tables 3 about here

Other behavioral outcomes, correlated with *more frequent use of alcohol* and *use of illicit psychoactive substances*, as well as *risk behaviors after use of alcohol or other psychoactive substances*, presented statistically significant correlations with the independent variables, as shown in Table 4.

Table 4 about here

Discussion

Sample composition

The first steps of the sampling procedure of this study are themselves in accordance to findings of research conducted by other Brazilian public universities concerning the under-representation of Brown and Black students at the undergraduate university level, when compared to their distribution across Brazilian society as a whole (IBGE, 2000; Queiroz, 2004). While Browns and Blacks, together, compose 46% of the Brazilian population (IBGE, 2000), in this survey they were responsible for only 14% of the sum of students who first answered the questionnaire. One strength of this study is the large initial sample size, which allowed the authors to consider, for the final sampling construction, only White, Brown and Black students - as they constitute the three major skin colour groups in Brazil - and also made possible the stratified pairing procedure, which is unedited in the sense of allowing the expression of characteristics and views of minority racial and socioeconomic Brazilian undergraduate students.

Complaints and symptoms

Regarding mental health outcomes assessed by the M.I.N.I., the instrument's reliability in self-administered form has not been adequately evaluated. Some groups of complaints, mainly those who may appear in continuity with non-pathological conditions, such as anxiety, may be subjectively inflated. However, as objective diagnoses were not the aim of this study, it should be noted that the instrument categories were not utilized according to their correspondence with DSM-III-R and ICD-10 psychiatric disorders, but

rather as an inventory of self-perceived clusters of complaints, indicators of important kinds of psychological suffering.

The analysis of the use of various illegal psychoactive substances together can be considered a questionable procedure, because at least two different possible kinds of students have been grouped into a single category, with distinct personal features and risks: those who make frequent and significant use of such substances and those who may have used them only occasionally or experimentally. This procedure is admissible in this study because, again, its aim was not to perform specific diagnoses such as substance use disorders, but rather a screening for attitudes with potentially adverse consequences, which may even be part of recreational drug use. Other Brazilian epidemiologic studies about this issue among undergraduates also use similar methods to estimate an overall prevalence of user profiles (Kerr-Corrêa et al, 1,999; Wagner et al, 2,007).

In this study, skin colour and socioeconomic status did not present any statistical difference regarding worse mental health outcomes in the examined categories. Black and Brown students shared social disadvantages when compared to White students, showed higher rates of *serious and episodic current depressive complaints* and significantly reported more experiences of discrimination based on skin colour and academic performance. After the multivariate logistic regression procedure, though, this was not reflected in the prevalence of worse mental health outcomes in the main tested categories. This result would not be evident if the sample was not previously stratified by socioeconomic features of the students from each of the skin colour groups, as it is important to take into account that Black and Brown individuals, besides being under-represented in Brazilian higher education settings, are mostly from families of low socioeconomic status (Rensselaer Polytechnic Institute, 2,000). The only outcomes correlated with perceived experiences of discrimination due to skin colour in the multivariate regression model were not specific diagnoses. Nonetheless, recent *insomnia and risk behavior after drinking or using psychoactive substances* is a motivation for some particularities of this group to be considered in future research for better comprehension of this pattern of social behavior outcomes.

Female students were correlated with complaints indicative of more psychological, internalized suffering (*any affirmative category evaluated by the M.I.N.I.*), mainly anxiety (*more than habitual anxiety*) and *mild but persistent depressive complaints*. Similar results of more frequent reports of psychological stress among females in the same University population were found in another study (Neves and Dalgalarondo, 2,007). In contrast, male students were correlated with more reports of risk behaviors after drinking or using psychoactive substances.

Age correlation with dependent variables is different for the studied age intervals. Students from the 21-25 years old group had more positive correlated values, mainly because of more current auto-evaluated symptoms of anxiety, although there is also a positive correlation for depressive conditions. In addition to the M.I.N.I. categories, in this study they were the group with *more frequent use of alcohol*, emphasizing that there may be a great risk for alcohol abuse and its related consequences in this period of development. These results confirm that, while all the developmental issues that accompany late adolescence and young adulthood offer opportunities for growth, they may also result in stress that precipitates the onset or recurrence of psychiatric disorders (Blanco et al, 2,008). Individuation and connectedness to families, the pursuit of greater educational opportunities and employment prospects, the development of friendships and intimate relationships, and, for some, parenthood (Oliveira et al 2,008a; Blanco et al, 2,008) are issues that turn the transition to adulthood into a formative time when young people relinquish the roles and obligations of adolescence and youth and take on the responsibilities of adulthood (Mossakowski, 2,008).

Students who do not work have a tendency to *more frequent use of alcohol* and those who attend classes during daytime reported more *risk behaviors after drinking or using psychoactive substances*. These undergraduates tend to be younger and from a higher socioeconomic level. They usually undertake more leisure activities with their friends, such as parties, in which use of alcohol or other psychoactive substances are not uncommon. Young adults who use alcohol and drugs may also be at risk for other psychiatric disorders and for lowered educational attainment, which is a significant gateway to unsuccessful young adult outcomes, and especially for later lower occupational status and income

(Lynskey and Hall, 2,000; Register, Williams, and Grimes, 2,001; Gotham, Sher, and Wood, 2,003; King et al, 2,006; Moore et al, 2,007).

Reports about socially criticized concepts may be unreliable. Nevertheless, even if data are underestimated, because many students might have felt uncomfortable or fearful of exposing their confidentiality when asked about the use of illegal substances or risk behaviors, overall the reported levels of these variables (23.4% and 19.7%, respectively) are high. This is in accords with an observed trend toward an increased consumption and endorsement of several substances among undergraduate students, with potentially dangerous consequences (Stempliuk et al, 2,005; Hingson et al., 2,005). The search for treatment due to alcohol and substance misuse in these samples is still relatively low (Oliveira, 2,008b).

Kinds of self-perceived discrimination

With the exception of sexual orientation, which showed no statistically significant correlation to any cluster of symptoms or complaints, possibly because of the small number of individuals from this sample who reported they had experienced this kind of discrimination, all other variables were correlated to some mental health outcome, as a cluster indicated by the M.I.N.I. instrument or as a marker of the use of psychoactive substance, including alcohol, and some of its possible hazardous consequences.

Apart from objectively being the target of discrimination or subjectively feeling so, self-perceived discrimination was reported by most students (77.5%) and it was distributed along distinct categories. According to the authors' presuppositions, these categories may roughly represent two different conceptions of perceiving oneself to be discriminated against, which are here called "the loser" (people who feel "inferior") and "the one of a kind" (people who feel "different").

A) The "loser"

The first conception may embed feelings of inferiority, which can be better explained by the analogue semantic meanings of words that indicate low self-esteem, such

as “ugly”, “poor”, “dumb”. Discrimination against physical appearance, socioeconomic status and academic performance are typical examples of this conception and the first two were the most cited categories of discrimination by those who felt any of them, as well as those related to more psychologically internalized complaints (mostly depressive, although also symptoms of anxiety).

Students who reported experiences of discrimination because of physical appearance showed a greater risk for *serious and episodic current depressive complaints*, *current paroxysmal episodes with symptoms of anxiety* and even *suicidal thoughts*, while those who emphasized being victims of socioeconomic discrimination showed a greater correlation with *serious and episodic current depressive complaints*, *mild but persistent depressive complaints* and *insomnia during at least 2 weeks in the last 12 months* (an indirect evaluation of depressive/anxiety disorders). Students who reported discrimination against academic performance had a higher prevalence of *persistent symptoms of more than habitual anxiety*.

B) The “one of a kind”

The second conception of feeling oneself discriminated against is not exactly related to experiences of inferiority, but, instead, it is better conceived as being recognized as a member of a specific and/or minority group, i.e., an “out of the mainstream” person, mainly because of personal choices, creeds or racial traits. In this category, rather than low self-esteem, the predominant meanings of perceptions are those regarded to words such as “different”, “odd”, “outsider”, and “stranger”. In this conception, behavioral and psychological outcomes are more varied, as are the ways of being considered eccentric, depending on the specific considered category of discrimination. Categories of this conception include, predominantly, discrimination against skin colour, particular ways of dressing and using body ornaments, religious background or specific political standpoints. These categories are not related to depressive conditions, but to complaints of anxiety and

different patterns of behavior regarding the instruments used to evaluate *more frequent use of alcohol* or *use of illicit psychoactive substances*.

Students who reported discrimination based on skin colour were at a greater risk for *risk behavior after drinking or using psychoactive substances*. Those who had experiences of discrimination due to clothing and body ornaments presented higher levels of alcohol related problems, the opposite of what was found in the case of those who reported perceived experiences of discrimination based on religion, probably because Evangelical and Catholic Christian traditions in Brazil disapprove of the misuse of alcohol. Reported discrimination against political positions was correlated with higher rates of *use of illicit psychoactive substances*. A possible nexus is that people who report political discrimination tend to be those who assume positions against rules and regulations. Psychoactive substances, because they are illicit, may pose as an element of protest.

In a society that places great value on achievement, discriminatory practices are situations that can prompt invidious social evaluations, which are then internalized by individuals in the form of negative and distressful self-evaluations (Pearling et al, 2,005). Objectively, there is a difference between being in an inferior status and being an inferior person, but the difference may be lost in the translation to self-image; disadvantaged statuses may come to be mirrored in disadvantaged selves (Mossakovski, 2,008). It was suggested that adolescents and young adults were particularly vulnerable to comments and opinions from others as they seek acceptance (Neumark-Sztainer et al, 2,002; Lo et al, 2,009). It is noteworthy that people who have experienced perceived discrimination fall into a state of vigilant anticipation, awaiting its next occurrence (Pearling et al, 2,005). The suffering inflicted by discrimination may very well stem from the anticipation of its future occurrence as well as from its past occurrences (Mossakovski, 2,008).

Limitations

The analysis of this study is derived from secondary data and did not allow for the investigation of other variables of the author's interest. Nevertheless, information has been gathered from responses to a broad and detailed survey.

The strategy of matching undergraduates in two groups, according to indirect measures of the socioeconomic levels of Blacks and Browns, entails the risk of a possible selection bias toward the hypothesis of no association at the level of analysis of variables related to socioeconomic status. This could hinder statistical analysis by not balancing possible confounding variables. However, the generalizability of the results was not impaired because students were selected from the same population and, also, because the controlled variables were those related to the differences found between the groups before the pairing procedure.

Conclusion

Psychological complaints, use of psychoactive substances and consequent risk behaviors were frequent among the group of Brazilian undergraduate students investigated in this study, as were perceptions of different categories of discriminatory experiences. Distinct kinds of discrimination were correlated to two main patterns of outcomes: those that produce feelings of inferiority (discrimination against physical appearance, socioeconomic status and academic performance), being more often correlated with affective internalized complaints; and those that contain the conception of being different from the majority (discrimination against political positions, clothes and body ornaments, religion, skin colour), more often correlated with externalized risk attitudes. Future studies should explore the longitudinal impact of each category of perceived discrimination and causal correlations with specific psychiatric diagnoses, personally and socially adverse consequences and the search for help or treatment.

Acknowledgments

The authors would like to acknowledge Marly Coelho Carvalho Neves and Dr. Cláudio Eduardo Muller Banzato for their contribution towards study design, data collection and analysis.

References

Amorim, P. (2000) M.I.N.I. International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 22(3): 106-115.

Babor, T.F., Fuente, J.R., Saunders, J. and Grant, M. (1992) *AUDIT - The alcohol use disorders identification test: Guidelines for use in primary health care*. Geneva, Switzerland: WHO (World Health Organization).

Barrett, S.P., Darredeau, C. and Pihl RO. (2006) Patterns of simultaneous polysubstance use in drug using university students. *Human Psychopharmacology* 21(4): 255-263.

Bhugra, D. and Ayonrinde, O. (2001). Racism, racial life events and mental ill health. *Advances in Psychiatric Treatment* 7: 216-223.

Blanco, C., Okuda, M., Crystal Wright, B.S., Hasin, D.S., Grant, B.F., Liu, S. and Olsson, M. (2008) Mental health of college students and their non-college-attending peers: Results from the National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry* 65 (12):1,429-1,437.

Borrel L.N., Kiefe, C.I., Williams, D.R., Diez-Roux, A.V., and Gordon-Larsen, P. (2006), Self-reported health, perceived racial discrimination, and skin colour in African Americans in the CARDIA study. *Social Science & Medicine* 63: 1,415-1,427.

Carey, T.S. and Howard, D.L. (2007) The development of the field of health disparities research: The role of cross-disciplinary and institutional collaboration. *Harvard Health Policy Review* 8(1): 136-144.

Ellis, B.H., MacDonald, H.Z., Lincoln, A.K., and Cabral, H.J. (2008) Mental health of Somali adolescent refugees: The role of trauma, stress, and perceived discrimination. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76(2): 184-193.

Gotham, H.J., Sher, K.J. and Wood P. K. (2,003) Alcohol involvement and developmental task completion during young adulthood. *Journal of Studies on Alcohol* 64: 32–42.

Grunbaum, J., Kann, L., Kitchen, S., Ross, J., Hawkins, J., Lowry, R., et al. (2,004) Youth risk behavior surveillance – United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report* 53: 1–96.

Hingson, R., Heeren, T., Winter, M., Wechsler, H. (2,005) Magnitude of alcohol-related mortality and morbidity among U.S. college students ages 18-24: Changes from 1,998 to 2,001. *Annual Review of Public Health*; 26: 259-79.

Hwang, W.C. and Goto, S. (2,008) The impact of perceived racial discrimination on the mental health of Asian American and Latino college students. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. 14(4): 326–335.

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estadística (2,000), Demographic Census 2,000. Accessed from <http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2000/tabelabrasil131.shtm> on 13/08/2010.

Kelly, B.D. and Feeney, L. (2,007) *Coping with stressors: Racism and migration*. In: Bhugra, D. and Bhui, K., editors. *Textbook of cultural psychiatry*. Cambridge, UK: Cambridge University Press; p.550-560.

Kerr-Corrêa, F., Andrade, A.G., Bassit, A.Z., Boccuto, N.M. (1,999) Use of alcohol and drugs by medical students of Unesp. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 21(2): 95-100.

King, K.M., Meehan, B.T., Trim, R.S., Chassin, L. (2,006) Marker or mediator? The effects of substance use on young adult educational attainment. *Addiction* 101(12): 1,730-1,740.

Lahiri, K., Rettig-Ewen, V., Bohm, M and Laufs, U. (2,007) Perceived psychosocial stress and cardiovascular risk factors in obese and nonobese patients. *Clinical Research in Cardiology* 96: 365–374.

Landrine, H., Klonoff, E.A., Corral, I., Fernandez, S. and Roesch, S. (2,006) Conceptualizing and measuring ethnic discrimination in health research. *Journal of Behavioral Medicine* 29: 79–94.

Lee, R.M. (2,003). Do ethnic identity and other-group orientation protect against discrimination for Asian Americans? *Journal of Counseling Psychology* 50: 133–141.

Leri, F., Stewart, J., Tremblay, A., Bruneau, J. (2,004). Heroin and cocaine co-use in a group of injection drug users in Montreal. *Journal of Psychiatry & Neuroscience* 29: 40–47.

Lima, C., Freire, A.C.C., Silva, A.P.B., Teixeira, R.M., Farrell, M., Prince, M. (2005) Concurrent and construct validity of the audit in an urban Brazilian sample. *Alcohol and Alcoholism*. 40: 584-589.

Lo, W.S., Ho, S.Y., Mak, K., Wong, Y., Lai, Y. and Lam, T. (2,009) Prospective effects of weight perception and weight comments on psychological health among Chinese adolescents. *Acta Paediatrica* 98: 1,959–1,964.

Lynskey, M. and Hall, W. (2,000) The effects of adolescent cannabis use on educational attainment: A review. *Addiction* 95: 1,621–1,630.

McCormack, A.S. (1,996) Revisiting discrimination on campus: 1,988, 1,992, 1,996. *College Student Journal* 32: 378–393.

Moore, T.H.M., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R.E., Jones, P.B., Burke, M. and Lewis, G. (2,007) Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: A systematic review. *Lancet* 370 (9,584): 319–328.

Moradi, B. and Risco, C. (2,006) Perceived discrimination experiences and mental health of Latina/o American persons. *Journal of Counseling Psychology* 53: 411–421.

Mossakowski, K.N. (2,008) Dissecting the influence of race, ethnicity, and socioeconomic status on mental health in young adulthood. *Research on Aging* 30: 649–671.

Neumark-Sztainer, D., Falkner, N., Story, M., Perry, C., Hannan, P.J., Mulert, S., et al. (2,002) Weight-teasing among adolescents: correlations with weight status and disordered eating behaviors. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders* 26: 123–131.

Neves, M.C.C. and Dalgalarrrondo, P. (2,007) Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria* 56 (4): 237-44.

Noh, S., Kaspar, V. and Wickrama, K.A.S. (2,007) Overt and subtle racial discrimination and mental health: Preliminary findings for Korean immigrants. *American Journal of Public Health* 97(7): 1,269-1,274.

Oliveira, M.L.C., Dantas, C.R., Azevedo, R.C.S. and Banzato, C.E.M. (2,008a) Counseling Brazilian undergraduate students: 17 years of a campus mental health service. *The Journal of American College Health* 57(3): 367-372.

Oliveira, M.L.C., Dantas, C.R., Azevedo, R.C.S. and Banzato, C.E.M. (2,008b) Demographics and complaints of university students who sought help at a campus mental health service between 1,987 and 2,004. *Sao Paulo Medical Journal* 126(1): 58-62.

Pearling, L.I., Schieman, S., Fazio, E.M., Meersman, S.C. (2,005) Stress, health and the life course: Some conceptual perspectives. *Journal of Health and Social Behavior* 46(2): 205-219.

Prelow, H.M., Mosher, C.E. and Bowman, M.A. (2,006) Perceived racial discrimination, social support, and psychological adjustment among African American college students. *Journal of Black Psychology* 32: 442-454.

Queiroz, D.M. (2,004) O negro e a universidade brasileira. *Historia Actual on line* 3: 73-82. Accessed from <http://www.historia-actual.com/hao/pbhao.asp on 03//04/2,010>.

Register C.A., Williams D.R. and Grimes P.W. (2,001) Adolescent drug use and educational attainment. *Education Economics* 9: 1–18.

Rensselaer Polytechnic Institute (2,000) Black students / white campus, the pervasiveness of racism. Accessed from <http://www.rpi.edu/~hultsp/BlackStudents.pdf on 13/08/2,010>.

Ruggiero, K.M. and Taylor, D. M. (1,997) Why minority group members perceive or do not perceive the discrimination that confronts them: The role of self-esteem and perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology* 72: 373–389.

Sheehan, D., Lecrubier, Y., Sheehan, K.H., Janavs, J., Weiller, E., Keskiner, A., et al. (1,997) The validity of the M.I.N.I. International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P and its reliability. *European Psychiatry*. 12: 232-241.

Smedley, A. and Smedley, B.D. (2,005) Race as biology is fiction, racism as a social problem is real. *American Psychologist* 60: 16–26.

Somers, J.M., Goldner, E.M., Waraich, P. and Hu, L. (2,004) Prevalence studies of substance-related disorders: A systematic review of the literature. *The Canadian Journal of Psychiatry* 49: 373–384.

Stempliuk, V.A., Barroso, L.P., Andrade, A.G., Nicastrì, S. and Malbergier, A. (2,005) Comparative study of drug use among undergraduate students at the University of São Paulo: São Paulo campus in 1996 and 2001. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 27(3): 185-93.

The International Association of Counseling Services, Inc. (2,009) National Survey of Counseling Center Directors. Accessed at www.iacsinc.org/2009%20National%20Survey.pdf on 06/08/2,010.

UNICAMP (2,010) Universidade Estadual de Campinas. Accessed from <http://www.unicamp.br/unicamp/en/unicamp> on 07/06/2,010.

Viner, R.M., Haines, M.M., Taylor, S.J.C., Head, J., Booy, R. and Stansfeld, S. (2,006) Body mass, weight control behaviors, weight perception and emotional well being in a multiethnic sample of early adolescents. *International Journal of Obesity* 30: 1,514–1,521.

Wagner, G.A., Stempliuk, V.A., Zilberman, M.L., Barroso, L.P. and Andrade A.G. (2,007) Alcohol and drug use among university students: Gender differences. *Revista Brasileira de Psiquiatria* 29(2): 123-129.

Table C1: Descriptive frequencies of the final sample composition (n=346), including reports of perceived experiences of discrimination

Categories of discrimination	Blacks/Browns N (%)	Whites N (%)	P-value	All N (%)
Any reported experience of perceived discrimination				
Yes	134 (77.5%)	106 (61.3%)	0.001	240 (69.4%)
No	39 (22.5%)	67 (38.7%)		106 (30.6)
Discrimination against physical appearance				
Yes	61 (35.3%)	47 (27.2%)	0.104	108 (31.2%)
No	112 (64.7%)	126 (72.8%)		238 (68.8%)
Discrimination against socioeconomic status				
Yes	53 (30.6%)	41 (23.7%)	0.147	94 (27.2%)
No	120 (69.4%)	132 (76.3%)		252 (72.8%)
Discrimination against clothing and body ornaments				
Yes	31 (17.9%)	24 (13.9%)	0.303	55 (15.9%)
No	142 (82.1%)	149 (86.1%)		291 (84.1%)
Discrimination against religion				
Yes	21 (12.1%)	21 (12.1%)	1.000	42 (12.1%)
No	152 (87.9%)	152 (87.9%)		304 (87.9%)
Discrimination against skin colour				
Yes	27 (15.6%)	4 (2.3%)	<0.001	31 (9.0%)
No	146 (84.4%)	169 (97.7%)		315 (91.0%)
Discrimination against academic performance				
Yes	20 (11.6%)	9 (5.2%)	0.033	29 (8.4%)
No	153 (88.4%)	164 (94.8%)		317 (91.6%)
Discrimination against political positions				
Yes	16 (9.2%)	10 (5.8%)	0.221	26 (7.5%)
No	157 (90.8%)	163 (94.2%)		320 (92.5%)
Discrimination against sexual orientation				
Yes	8 (4.7%)	7 (4.1%)	0.783	15 (4.3%)
No	161 (95.3%)	163 (95.9%)		324 (93.6%)
Missing				7 (2.0%)

Table C2: Prevalence of mental health outcomes

	Blacks/Browns N (%)	Whites N (%)	P-value	All N (%)
Any affirmative category evaluated by the M.I.N.I.				
Yes	108 (62.4%)	101 (58.7%)	0.481	209 (60.4%)
No	65 (37.6%)	71 (41.3%)		136 (39.3%)
Missing				1 (0.3%)
Serious and episodic current depressive complaints				
Yes	45 (26.2%)	28 (16.3%)	0.025	73 (21.1%)
No	127 (73.8%)	144 (83.7%)		271 (78.3%)
Missing				2 (0.6%)
Mild but persistent depressive complaints				
Yes	44 (25.6%)	32 (18.6%)	0.119	76 (22.0%)
No	128 (74.4%)	140 (81.4%)		268 (77.5%)
Missing				2 (0.6%)
Current paroxysmal episodes with symptoms of anxiety				
Yes	27 (15.8%)	30 (17.5%)	0.663	57 (16.5%)
No	144 (84.2%)	141 (82.5%)		285 (82.4%)
Missing				4 (1.2%)
Persistent symptoms of more than habitual anxiety				
Yes	75 (44.1%)	69 (40.1%)	0.454	144 (41.6%)
No	95 (55.9%)	103 (59.9%)		198 (57.2%)
Missing				4 (1.2%)
Insomnia for at least 2 weeks during last 12 months				
Yes	64 (38.1%)	57 (33.3%)	0.360	121 (35%)
No	104 (61.9%)	114 (66.7%)		218 (63%)
Missing				7 (2.0%)
Suicidal thoughts at least once in life				
Yes	27 (16.1%)	21 (12.3%)	0.317	48 (13.9%)
No	141 (83.9%)	150 (87.7%)		291 (84.1%)
Missing				7 (2.0%)
More frequent use of alcohol				
Yes	32 (18.9%)	37 (21.6%)	0.536	69 (19.9%)
No	137 (81.1%)	134 (78.4%)		271 (78.3%)
Missing				6 (1.7%)

Use of illicit psychoactive substances				
Yes	35 (20.8%)	46 (26.9%)	0.190	81 (23.4%)
No	133 (79.2%)	125 (73.1%)		258 (74.6%)
Missing				7 (2.0%)

Risk behavior after drinking or using psychoactive substances				
Yes	30 (18.8%)	38 (22.6%)	0.388	68 (19.7%)
No	130 (81.3%)	130 (77.4%)		260 (75.1%)
Missing				18 (5.2%)

Table C3: Analyses of multivariate logistic regression for positive MINI self-evaluated diagnoses

SELECTED VARIABLES*	CATEGORIES	P-VALUE	OR**	CI 95% OR
Any affirmative category evaluated by the M.I.N.I. [§]				
1. Gender	Male (ref.)		1	---
	Female	<0.001	2.6	1.6 – 4.2
2. Age	≤20 (ref.)		1	---
	21-25	<0.001	2.6	1.5 – 4.4
	≥26	0.007	2.5	1.3 – 4.7
3. Discrimination against academic performance	No (ref.)		1	---
	Yes	0.036	3.1	1.1 – 8.8
4. Discrimination against clothing and body ornaments	No (ref.)		1	---
	Yes	0.039	2.1	1.04 – 4.4
Serious and episodic current depressive complaints ^{§§}				
1. Discrimination against socioeconomic status	No (ref.)		1	---
	Yes	0.008	2.2	1.2 – 3.9
2. Age	≤20 (ref.)		1	---
	21-25	0.039	2.2	1.04 – 4.6
	≥26	0.006	3	1.4 – 6.7
3. Discrimination against physical appearance	No (ref.)		1	---
	Yes	0.038	1.8	1.04 – 3.2
Mild but persistent depressive complaints ^{§§§}				
1. Discrimination against socioeconomic status	No (ref.)		1	---
	Yes	0.021	2.1	1.1 – 3.9

2. Gender	Male (ref.)		1	---
	Female	0.005	2.5	1.3 – 4.6
3. Age	≤20 (ref.)		1	---
	21-25	0.010	2.7	1.2 – 5.9
	≥26	0.003	3.4	1.5 – 7.6
4. Any reported perceived experience of discrimination	No (ref.)		1	---
	Yes	0.038	2.3	1.05 – 5.2
Current paroxysmal episodes with symptoms of anxiety⁺⁺				
1. Age	≤20 (ref.)		1	---
	21-25	0.198	1.7	0.8 – 3.8
	≥26	0.003	3.5	1.5 – 7.8
2. Discrimination against political positions	No (ref.)		1	---
	Yes	0.020	2.9	1.2 – 7.2
3. Discrimination against physical appearance	No (ref.)		1	---
	Yes	0.039	1.9	1.04 – 3.6
Persistent symptoms of more than habitual anxiety⁺⁺⁺				
1. Gender	Male (ref.)		1	---
	Female	0.001	2.3	1.4 – 3.7
2. Discrimination against academic performance	No (ref.)		1	---
	Yes	0.007	3.3	1.4 – 8
3. Age	≤20 (ref.)		1	---
	21-25	0.020	1.9	1.1 – 3.3
	≥26	0.025	2.0	1.1 – 3.8
Insomnia for at least 2 weeks during last 12 months[#]				
1. Discrimination against skin colour	No (ref.)		1	---
	Yes	<0.001	5.6	2.2 – 13.8
2. Discrimination against socioeconomic	No (ref.)		1	---
	Yes	0.005	2.1	1.2 – 3.5

status				
Suicidal thoughts at least once in life ^{##}				
1. Discrimination against physical appearance	No (ref.)		1	---
	Yes	<0.001	3.1	1.7 – 5.8

* Ref: reference level. *Stepwise* criterion for variables selection

**OR= Odds Ratio for positive M.I.N.I.; CI 95% OR= Confidence interval of 95% for OR (*Odds Ratio*).

§ negative (n=128); positive (n=196) / §§ negative (n=253); positive (n=70) / §§§ negative (n=249); positive (n=74) / + negative (n=272); positive (n=50) / ++ negative (n=268); positive (n=54) / +++ negative (n=185); positive (n=137) / # negative (n=207); positive (n=113) / ## negative (n=272); positive (n=48)

Table C4: Analyses of multivariate logistic regression for outcomes related to use of psychoactive substances

SELECTED VARIABLES*	CATEGORIES	P-VALUE	OR**	CI 95% OR
More frequent use of alcohol[§]				
1. Work	Yes (ref.)		1	---
	No	0.005	2.6	1.3 – 5.1
2. Discrimination against clothing and body ornaments	No (ref.)		1	---
	Yes	0.008	2.7	1.3 – 5.5
3. Age	≥26 (ref.)		1	---
	≤20	0.350	1.6	0.6 – 4.6
	21-25	0.017	3.1	1.2 – 7.7
4. Discrimination against religion	Yes (ref.)		1	---
	No	0.030	4.2	1.2 – 15.4
Use of illicit psychoactive substances^{§§}				
1. Discrimination against political positions	No (ref.)		1	---
	Yes	0.031	2.5	1.1 – 5.6
Risk behavior after drinking or using psychoactive substances^{§§§}				
1. Gender	Female (ref.)		1	---
	Male	0.006	2.3	1.3 – 4.2
2. Period in which studies	At night (ref.)		1	---
	Daytime	0.019	2.3	1.1 – 4.5
3. Discrimination against skin colour	No (ref.)		1	---
	Yes	0.025	2.8	1.1 – 6.8

* Ref: reference level. *Stepwise* criterion for variables selection

**OR= Odds Ratio for positive M.I.N.I.; CI 95% OR= Confidence interval of 95% for OR (*Odds Ratio*).

[§] negative (n=254); positive (n=66) / ^{§§} negative (n=241); positive (n=78) / ^{§§§} negative (n=247); positive (n=64)

5.4. – Recorte D

Os dados descritivos em relação às queixas de vivências de experiências de discriminação encontram-se descritos nos resultados do recorte C. Em relação às variáveis independentes pesquisadas neste recorte, a distribuição dos estudantes do banco de dados secundário encontra-se descrita na tabela um.

Dados referentes às análises de regressão logística univariada encontram-se dispostos no apêndice um. Para cada categoria de discriminação pesquisada, as análises univariadas permitiram a seleção das variáveis independentes que compuseram os modelos de regressão logística multivariada. As tabelas dois a dez expõem as variáveis sociodemográficas independentes que, ao término das análises de regressão logística uni e multivariadas, correlacionaram-se estatisticamente com as categorias de discriminação referidas pelos estudantes como tendo ocorrido ao menos uma vez na vida.

Tabela D1: Perfil sociodemográfico dos estudantes

Variáveis independentes pesquisadas	Categorias	Frequências (% válida)
Cor de pele	Branco	173 (50%)
	Negro e Pardo	173 (50%)
Idade	≤20 anos	121 (35,2%)
	21-25 anos	133 (38,7%)
	≥26 anos	90 (26,3%)
Área do curso	Exatas	160 (46,2%)
	Humanas	124 (35,8%)
	Saúde	62 (17,9%)
Período do curso	Diurno	200 (57,8%)
	Noturno	144 (41,6%)
Sexo	Masculino	145 (41,9%)
	Feminino	201 (58,1%)
Classe social	Alta	71 (21,1%)
	Média	145 (43,2%)
	Baixa	120 (35,7%)
Escolaridade da mãe	Ensino superior	125 (36,1%)
	Ensino médio	98 (28,3%)
	Ensino fundamental	123 (35,5%)
Onde predominantemente cursou o ensino médio?	Escola particular	168 (48,6%)
	Escola pública	178 (51,4%)
Está no curso desejado?	Sim	303 (87,6%)
	Não	43 (12,4%)
Perdeu algum semestre do curso?	Não	305 (88,2%)
	Sim	41 (11,8%)
Sente-se apoiado pelos pais?	Sim	248 (73,1%)
	Não	91 (26,8%)
Como vê relacionamento com amigos?	Bom	275 (79,9%)
	Regular ou ruim	69 (20,1%)
Trabalha?	Não	154 (44,5%)
	Sim	192 (55,5%)
Tem religião?	Sim	247 (72,2%)
	Não	95 (27,8%)
Qual religião?	Católica	138 (40,6%)
	Evangélica	62 (18,2%)
	Espírita e outras	51 (15,0%)
	Sem religião	89 (26,3%)
Teve comportamento de risco após beber ou usar substâncias ilícitas?	Sim	68 (20,7%)
	Não	260 (70,3%)
Namora?	Sim	127 (37,2%)
	Não	167 (49,0%)
	Casado	47 (13,6%)
É virgem?	Sim	82 (23,7%)
	Não	236 (68,2%)

Tem vida sexual ativa?	Sim	185 (54,4%)
	Não	155 (44,8%)
Orientação sexual	Heterossexual	326 (96,4%)
	Homo ou Bissexual	12 (3,6%)
Envolvimento com alguém do mesmo sexo?	Sim	17 (5,1%)
	Não	319 (94,9%)

Tabela D2: Análise de regressão logística multivariada para discriminação geral, por qualquer motivo, pelo menos uma vez na vida

Variáveis Seleccionadas*	Categorias	Valor P	OR**	IC 95% OR
1. Idade	≤20 anos (ref.)		1	---
	21-25 anos	0,001	2,8	1,5 – 5,3
	≥26 anos	0,090	2,1	0,9 – 4,9
2. Sente-se apoiado pelos pais?	Sim (ref.)		1	---
	Não	0,004	2,7	1,4 – 5,3
3. Área do curso	Exatas (ref.)		1	---
	Humanas	0,163	1,7	0,8 – 3,3
	Saúde	0,008	2,9	1,3 – 6,3
4. Como vê relacionamento com amigos?	Bom (ref.)		1	---
	Regular ou ruim	0,033	2,4	1,07 – 5,3

* Sem relatos de discriminação (n=85); Com relatos de discriminação (n=188). Ref: categoria de referência. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

** OR (*Odds Ratio*)=Razão entre as chances para percepção de discriminação; IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para OR, estatisticamente significativo quando não inclui a unidade.

Tabela D3: Análise de regressão logística multivariada para discriminação por aparência física

Variáveis Seleccionadas*	Categorias	Valor P	OR**	IC 95% OR
1. Como vê relacionamento com amigos?	Bom (ref.) Regular ou ruim	0,024	1 2,1	--- 1,1 – 3,8
2. Área do curso	Exatas (ref.) Humanas Saúde	0,245 0,003	1 1,5 2,9	--- 0,8 – 3,1 1,4 – 5,9
3. Namora?	Sim (ref.) Não Casado	0,004 0,466	1 2,4 1,4	--- 1,3 – 4,4 0,5 – 3,9
4. Idade	≤20 anos (ref.) 21-25 anos ≥26 anos	0,007 0,040	1 2,5 2,5	--- 1,3 – 4,7 1,04 – 5,9

* Sem relatos de discriminação (n=183); Com relatos de discriminação (n=90). Ref: categoria de referência. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis...

** OR (*Odds Ratio*)=Razão entre as chances para percepção de discriminação; IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para OR, estatisticamente significativo quando não inclui a unidade.

Tabela D4. Análise de regressão logística multivariada para discriminação socioeconômica

Variáveis Seleccionadas*	Categorias	Valor P	OR**	IC 95% OR
1. Onde predominantemente cursou o ensino médio?	Escola particular (ref.) Escola pública	<0,001	1 3,2	--- 1,7 – 6
2. Classe social	Alta (ref.) Média Baixa	0,093 0,002	1 2,7 6	--- 0,9 – 8,6 1,9 – 18,8
3. Sente-se apoiado pelos pais?	Sim (ref.) Não	0,011	1 2,2	--- 1,2 – 4,1
4. É virgem?	Sim (ref.) Não	0,022	1 2,5	--- 1,1 – 5,6

* Sem relatos de discriminação (n=199); Com relatos de discriminação (n=74). Ref: categoria de referência. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

** OR (*Odds Ratio*)=Razão entre as chances para percepção de discriminação; IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para OR, estatisticamente significativo quando não inclui a unidade.

Tabela D5: Análise de regressão logística multivariada para discriminação por posições políticas

Variáveis Seleccionadas*	Categorias	Valor P	OR**	IC 95% OR
1. Tem religião?	Sim (ref.) Não	0,005	1 3,8	--- 1,5 – 9,6
2. Como vê relacionamento com amigos?	Bom (ref.) Regular ou ruim	0,015	1 3,2	--- 1,3 – 8,3

* Sem relatos de discriminação (n=252); Com relatos de discriminação (n=21). Ref: categoria de referência. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

** OR (*Odds Ratio*)=Razão entre as chances para percepção de discriminação; IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para OR, estatisticamente significativo quando não inclui a unidade.

Tabela D6: Análise de regressão logística multivariada para discriminação por rendimento estudantil

Variáveis Seleccionadas*	Categorias	Valor-P	OR**	IC 95% OR
1. Como vê relacionamento com amigos?	Bom (ref.) Regular ou ruim	<0,001	1 5,3	--- 2,1 – 13,4
2. Perdeu algum semestre do curso?	Não (ref.) Sim	0,008	1 4,2	--- 1,5 – 12,1
3. Cor de pele	Branco (ref.) Negro e Pardo	0,035	1 3	--- 1,1 – 8,2

* Sem relatos de discriminação (n=251); Com relatos de discriminação (n=22). Ref: categoria de referência. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

** OR (*Odds Ratio*)=Razão entre as chances para percepção de discriminação; IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para OR, estatisticamente significativo quando não inclui a unidade.

Tabela D7: Análise de regressão logística multivariada para discriminação por roupas e adornos corporais

Variáveis Seleccionadas*	Categorias	Valor P	OR**	IC 95% OR
1. Teve comportamento de risco após beber ou usar substâncias ilícitas?	Sim (ref.) Não	0,030	1 3,8	--- 1,1 – 13
2. Trabalha?	Não (ref.) Sim	0,034	1 2,1	--- 1,1 – 4,3

* Sem relatos de discriminação (n=229); Com relatos de discriminação (n=44). Ref: categoria de referência. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

** OR (*Odds Ratio*)=Razão entre as chances para percepção de discriminação; IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para OR, estatisticamente significativo quando não inclui a unidade.

Tabela D8: Análise de regressão logística multivariada para discriminação por motivos religiosos

Variáveis Seleccionadas*	Categorias	Valor P	OR**	IC 95% OR
1. Tem vida sexual ativa?	Sim (ref.) Não	0,025	1 2,6	--- 1,1 – 6,2

* Sem relatos de discriminação (n=247); Com relatos de discriminação (n=26). Ref: categoria de referência. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

** OR (*Odds Ratio*)=Razão entre as chances para percepção de discriminação; IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para OR, estatisticamente significativo quando não inclui a unidade.

Tabela D9: Análise de regressão logística multivariada para discriminação por cor de pele

Variáveis Seleccionadas*	Categorias	Valor P	OR**	IC 95% OR
1. Cor de pele	Branco (ref.) Negro e Pardo	0,001	1 6,4	--- 2,1 – 19,3
2. Perdeu algum semestre do curso?	Não (ref.) Sim	0,020	1 3,3	--- 1,2 – 9,1

* Sem relatos de discriminação (n=249); Com relatos de discriminação (n=24). Ref: categoria de referência. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

** OR (*Odds Ratio*)=Razão entre as chances para percepção de discriminação; IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para OR, estatisticamente significativo quando não inclui a unidade.

Tabela D10: Análise de regressão logística multivariada para discriminação por orientação sexual

Variáveis Seleccionadas*	Categorias	Valor P	OR**	IC 95% OR
1. Orientação sexual	Heterossexual (ref.) Homo ou Bissexual	<0,001	1 192,6	--- 31,2 – 999,9
2. Perdeu algum semestre do curso?	Não (ref.) Sim	0,025	1 8,7	--- 1,3 – 57,2

* Sem relatos de discriminação (n=260); Com relatos de discriminação (n=12). Ref: categoria de referência. Critério *Stepwise* de seleção de variáveis.

** OR (*Odds Ratio*)=Razão entre as chances para percepção de discriminação; IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para OR, estatisticamente significativo quando não inclui a unidade.

6. Discussão geral dos resultados

6. Discussão geral dos resultados

(**Observação:** dados referentes às discussões dos resultados dos recortes **A** e **C**, escritos em formato de artigo, encontram-se assinalados no próprio capítulo de resultados, nos itens referentes a esses recortes, em que os artigos encontram-se dispostos. Nesta seção, é referida uma discussão geral, que articula tanto itens daqueles resultados quanto com os dos demais recortes, ou seja, **B** e **D**).

6.1- Discussão dos resultados do banco de dados primário

O expressivo número de estudantes participantes deste estudo e a proporcionalidade de sua distribuição, correspondendo à das divisões das áreas dos cursos de graduação da Unicamp, constituem aspectos positivos deste projeto de pesquisa.

A inclusão de perguntas específicas a estudantes que se identificaram como negros ou pardos, sendo algumas com possibilidade de respostas abertas, e a posterior estratificação do banco de dados primário em um banco secundário, composto por dois subgrupos de estudantes, separados em termos de cor de pele e pareados de acordo com faixa etária e medidas diretas e indiretas de nível socioeconômico, constituiu-se em aspecto original. Tais procedimentos evitam o viés de interpretação de dados que, de outra forma, desconsideraria a pouca representação de indivíduos negros e pardos na universidade pública nacional, quando comparados a sua distribuição na sociedade brasileira como um todo.

Considerando-se que essa limitação de acesso de negros e pardos ao ensino superior de qualidade, no Brasil, é um reflexo da influência de elementos historicamente relacionados à discriminação e às desigualdades sociais, o perfil demográfico dos alunos racialmente minoritários, participantes da presente pesquisa, confirma que mesmo aqueles que conseguem vencer tais barreiras apresentam maiores desvantagens socioeconômicas em relação aos seus pares que se identificam como brancos. Trata-se de indivíduos que mais cedo deixam o convívio com os pais, os quais possuem mais baixos níveis de

escolaridade e de ganhos salariais. Por esses fatores familiares não serem compatíveis com sua demanda de gastos no ambiente universitário, esses alunos tendem a trabalhar, além de estudar, como forma de obterem autonomia financeira.

Sabe-se que finanças limitam a duração da carreira estudantil, talvez mais que as próprias habilidades acadêmicas. O tempo gasto no trabalho e a estafa dele decorrente podem afetar diretamente o tempo de estudo e o desempenho do aluno (106). Apesar disso, os estudantes negros e pardos deste estudo não apresentam pior desempenho acadêmico, verificado pelas médias de seus coeficientes de rendimento, satisfação com o curso e taxas reprovações, que o de seus colegas brancos. Todavia, são alunos com maiores médias de idades, muitos já casados e mesmo com filhos, o que indica maior grau de maturidade e de determinação em prosseguir com os estudos, mesmo em condições adversas.

Ao se comparar as respostas de perguntas feitas apenas aos alunos que se identificaram como negros e pardos, constata-se que estes se aproximam mais no tocante a questões relacionadas à percepção de discriminação racial no ambiente, inclusive dentro da própria universidade, do que às experiências deles próprios enquanto vítimas dessa modalidade de discriminação. Estas são mais comumente relatadas pelos negros, ou seja, por aqueles com marcas fenotípicas indicativas de descendência africana mais proeminentes. Ademais, estes discentes tendem a apresentar maior senso de pertencimento e de exploração da cultura afrobrasileira e de se relacionarem, em termos de amizades ou de parcerias conjugais, com pessoas da mesma cor. Talvez o menor desconforto em perceber e apontar situações pessoais de experiências de discriminação seja justamente decorrente da maior identificação com o grupo cultural. Quem se identifica como pardo, além de maior indiferença a esses aspectos, pode fazê-lo por não portar marcas fenotípicas tão proeminentes e/ou por não querer ser visto como negro em um país descrito por muitos como racista e no qual o grupo dominante é branco.

6.2- Discussão dos resultados do banco de dados secundário

Após a construção do banco de dados secundário, notou-se que pertencer ao gênero feminino foi uma variável relacionada a piores escores do domínio psicológico da WHOQOL-Bref e, em concordância com outros trabalhos, tanto de amostras comunitárias

como estudantis (20, 25, 91, 107-109), foi fator independente relacionado a sintomas indicativos de sofrimento psicopatológico, tanto de forma inespecífica (qualquer categoria do M.I.N.I.) quanto na esfera afetiva (condições relacionadas a ansiedade persistente e a queixas depressivas menos severas, porém persistentes). Pertencer ao gênero masculino, pelo contrário, relacionou-se a mais comportamentos relatados de risco, após uso de álcool ou substâncias psicoativas ilícitas. Nenhum dos gêneros se relacionou a maior ou menor percepção de quaisquer categorias pesquisadas de tipos de discriminação referida.

Quando se analisaram as variáveis independentes associadas a pior qualidade de vida, negros ou pardos apresentaram correlação estatisticamente significativa com piores escores em todos os quatro domínios avaliados pela WHOQOL-Bref, além de, na comparação com alunos brancos, apresentarem sistematicamente pior qualidade de vida em todos os domínios avaliados. A constatação de piores escores destaca que, além de piores indicadores socioeconômicos, muitos dos quais presentes desde antes da admissão na universidade, estes alunos também enfrentavam situações atuais, à época da aplicação do questionário, que repercutiam em piores avaliações de suas próprias condições. Entretanto, a ocorrência de discriminação racial, embora uma queixa bastante prevalente por parte desses mesmos estudantes (ver resultados do recorte A), não se associou a piores escores enquanto variável independente. A percepção de discriminação racial *per se*, embora um importante fator de assunção da identidade negra e da luta contra o preconceito, não se refletiu, portanto, em pior qualidade de vida (ao contrário do simples fato de ser negro ou pardo).

Baixo nível socioeconômico também foi um importante fator associado a piores escores de qualidade de vida, relacionando-se a três dos quatro domínios da WHOQOL-Bref (físico, psicológico e ambiental). Trabalhar e estudar no período noturno, eventos mais prevalentes entre alunos menos financeiramente favorecidos e, logo, indiretamente indicativos de piores condições socioeconômicas, também se refletiram como fatores relacionados a piores escores no domínio ambiental. Neste aspecto, ao contrário do tópico racial, além do fato de se pertencer a uma classe socialmente menos favorecida, também a percepção de experiências discriminatórias contra o nível socioeconômico foi um fator relacionado a piores escores de qualidade de vida (nos domínios psicológico, social e

ambiental). Assim, não apenas ser pobre, mas sentir-se discriminado por esse fato, foram condições relacionadas a piores indicadores.

Todavia, dentre as possíveis categorias referidas de discriminação, mais do que a socioeconômica, a modalidade específica de experiências discriminatórias contra aparência física foi aquela mais associada a piores índices globais de qualidade de vida (nos quatro domínios da escala), demonstrando que, além das experiências de discriminação por ser pobre, aquelas que ocorrem contra quem é feio ou porta algum aspecto físico esteticamente desfavorecido repercutem em piores indicadores de qualidade de vida. Tais categorias de discriminação não se associam a movimentos de orgulho ou de valorização de identidade, como ocorre na questão racial, traduzindo-se em um componente interiorizado e não coletivamente compartilhado de baixa autoestima. Estes fatos apontam para um importante aspecto da contemporaneidade no qual a aparência, física ou social, surge como um importante determinante de repercussões na saúde.

Embora tenham sido associados a piores escores na avaliação de qualidade de vida, as variáveis cor de pele e nível socioeconômico não tiveram relação estatisticamente significativa, na análise multivariada, com nenhuma das categorias pesquisadas sobre sintomas que apontam para possíveis quadros psicopatológicos e comportamentos de risco após uso de substâncias (apesar de as variáveis de ter se sentido discriminado por essas razões haverem, estas sim, se associado).

Todas essas categorias foram bastante prevalentes no grupo estudado, bem como experiências percebidas de discriminação, sendo estas relatadas por mais de três quartos dos estudantes do banco secundário, principalmente por aqueles da faixa etária entre 21 e 25 anos. Esta faixa se correlacionou com condições ligadas principalmente a sintomas ansiosos e de tristeza / anedonia. Nessa faixa também se encontram os alunos com mais risco de uso potencialmente prejudicial de álcool, variável que também é influenciada pelo fato independente de o estudante pesquisado não trabalhar. Já alunos que estudam durante o período diurno relataram significativamente mais comportamentos de risco após uso de álcool ou de substâncias psicoativas ilícitas. Alunos mais velhos tiveram maior

relação com sintomas depressivos e constituíram o único grupo etário correlacionado com sintomas paroxísticos e episódicos de ansiedade.

Quanto à referência entre as categorias de discriminação e esses sintomas, assim como na análise multivariada dos escores de qualidade de vida, novamente as discriminações contra aparência física e nível socioeconômico foram as mais relacionadas a categorias indicativas de maior sofrimento psíquico, principalmente em termos de queixas ansiosas, mas também de condições depressivas. Essas categorias, assim como a de discriminação pelo desempenho acadêmico (que se relacionou também a quadros ansiosos), estão relacionadas a sentimentos de inferioridade, que envolvem sensações de fracasso e de menos valia.

Por outro lado, as demais categorias de experiências discriminatórias reportaram-se menos a noções de inferioridade e mais ao sentimento de singularização, no sentido de tornar o estudante que a percebe estranho, esquisito, diferente da maioria. As categorias que se encaixam nesse grupo incluem as discriminações contra roupas e adornos corporais, posições políticas, cor de pele, religião. Estas categorias de discriminação foram mais relacionadas a comportamentos potencialmente de risco, como possível uso de risco de álcool, uso de substâncias ilícitas e/ou dirigir, ter relações sexuais após beber ou usar substâncias psicoativas. Quando relacionadas a sintomas internalizados, estes são mais de natureza ansiosa que depressiva. A discriminação por motivos religiosos, ao contrário das demais categorias deste grupo, aparece como fator relacionado ao menor risco de uso potencialmente danoso de álcool.

As categorias de discriminação por aparência física e por nível socioeconômico foram as mais referidas entre os estudantes. Na análise multivariada em que elas se tornaram as variáveis dependentes, os dados sociais e demográficos com as quais se relacionaram foram:

- Alunos com mais de 20 anos, da área da saúde, que não namoram e que apresentam regular ou ruim relacionamento com amigos foram aqueles que mais referiram discriminação relacionada à aparência física. Tais informações sugeriram um perfil de

estudantes que, além de mais velhos, tenderam a possuir baixa autoestima e a serem mais isolados;

- Por outro lado, com um perfil um tanto distinto, os alunos que mais referiram terem sofrido discriminação socioeconômica foram os oriundos de classe social baixa e que cursaram o ensino médio predominante ou exclusivamente em escolas públicas. Além disso, referiram terem pouco apoio dos pais e não serem virgens. O perfil discente sugerido nesta categoria, diferente do anterior, é o de alunos mais autônomos, independentes e de origem mais humilde.

Estudantes que já foram reprovados estão mais propensos a se sentirem discriminados por seu desempenho acadêmico. De forma semelhante, negros e pardos são os alunos que referem mais experiências de discriminação racial, bem como alunos homo e bissexuais referem mais experiências de discriminação por orientação sexual. Além destas, há também sugestões de correlações indiretas. Por exemplo: embora ser religioso ou praticar determinada religião não tenham sido variáveis relacionadas a vivências discriminatórias por motivos religiosos, estas foram associadas ao fato de ser virgem, o que sugere que alunos que não tiveram iniciação sexual possam ser aqueles mais religiosos e, independentemente do credo, são mais sensíveis à percepção de discriminação por motivos religiosos.

As variáveis sociodemográficas relacionadas a mais categorias de discriminação percebida foram os fatos de ver o relacionamento com amigos como regular ou ruim (associado a maior propensão em reportar tanto discriminação por qualquer motivo não especificado, como também às categorias estritas de discriminação por aparência física, razões políticas e desempenho estudantil) e de haver sido reprovado em algum semestre do curso (bastante reportado por indivíduos que se sentiram discriminados por seu desempenho estudantil, cor de pele e orientação sexual). Esses dados são importantes por constituírem sinais objetivos de alerta para a pesquisa de grupos particularmente vulneráveis.

6.3- Limitações do estudo

Conforme se pôde depreender da análise comparativa entre os perfis de identidade de estudantes que se definem como negros e como pardos, percebe-se que há diferenças importantes entre eles. Em decorrência da pequena representatividade desses alunos na amostra universitária estudada, ambos os grupos precisaram ser combinados para o pareamento com os alunos que se definiram racialmente como brancos, de forma a permitir um “n” suficiente para os demais procedimentos de análise estatística. Sabe-se que a percepção de discriminação racial e de seus efeitos, na sociedade brasileira, tende a ser mais prevalente entre aqueles mais engajados com a assunção da identidade negra e também entre os portadores de traços fenotípicos mais negroides. Essas constatações podem ser subvalorizadas quando negros e pardos são agrupados em uma mesma categoria, ainda que compartilhem outras características de desvantagens sociodemográficas e econômicas. Todavia, são justamente essas desvantagens que dificultam a identificação e o acesso de negros e pardos ao ensino superior no Brasil, contribuindo para sua baixa representação no meio acadêmico universitário e para a necessidade de sua consideração conjunta em diversos estudos.

A estratégia de pareamento dos grupos raciais de estudantes de acordo com medidas indiretas de nível socioeconômico implica no risco de os subgrupos estudados tornarem-se muito similares para as variáveis de alguma forma relacionadas a essa categoria (possível viés em direção a hipóteses de não associação). Todavia, mesmo podendo limitar a generalização dos resultados, os estudantes foram selecionados a partir da mesma população e as variáveis controladas eram relacionadas às diferenças socioeconômicas constatadas entre os grupos antes do procedimento de pareamento. Se este procedimento não ocorresse, a análise estatística poderia ser prejudicada por não equilibrar as possíveis variáveis de confusão entre os grupos.

Cursos da área de ciências humanas (como história, filosofia, ciências sociais, ciências econômicas, linguística e letras); da área de artes (como dança, educação artística, midialogia e artes cênicas); da área de ciências básicas (como ciências da terra, ciências biológicas, matemática e química), da área de exatas (como ciência da computação,

engenharia elétrica, engenharia mecânica e engenharia de controle e automação) e da área de profissões da saúde (como educação física, enfermagem, farmácia e odontologia), não puderam ser incluídos neste estudo, a maior parte deles por recusa dos coordenadores em permitir as entrevistas. Entretanto, o grupo estudado é robusto em termos de número de participantes e consideravelmente proporcional ao conjunto de estudantes da Unicamp das diversas áreas (ciências básicas, exatas, tecnológicas, humanas, artes e profissões da saúde).

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

A análise do uso de diversas substâncias psicoativas ilícitas conjuntamente (*uso no mês* para maconha e *uso no mês, no ano e na vida* para as demais substâncias, exceto “tabaco” e “calmante”) pode ser considerada um procedimento questionável. Isso se deve ao fato de ter sido agrupado em uma única categoria, pelo menos dois possíveis diferentes tipos de estudantes, a saber: o primeiro, aquele que faz um uso frequente e significativo de substâncias; o segundo, aquele que pode ter feito apenas um uso ocasional ou experimental de substância. Estes dois grupos possivelmente implicam características pessoais e de risco distintas. Além disso, as seguintes substâncias psicoativas talvez não devessem ter sido incluídas na análise da variável “uso de drogas”: (1) anfetamina (frequentemente utilizada em dietas para emagrecer); (2) esteroide/anabolizante (usado por jovens para aumentar a musculatura); (3) solventes (muitas vezes utilizado em festas de estudantes da área de saúde); (4) outras drogas psicoativas “para dar barato”. Tais substâncias implicam padrões de uso supostamente menos perigosos (ou mais aceitáveis socialmente) do que *crack*, cocaína em pó, alucinógeno e *ecstasy*. De qualquer forma, é importante considerar que o uso de substâncias psicoativas ilícitas (tais como cocaína em pó, *crack* e alucinógenos),

mesmo ocasionalmente ou com uma frequência muito baixa (*uso no ano; uso na vida*), pode ser um indicador de risco à saúde física e mental, devido a fatores como contato com meio criminal, efeito psicoativo e risco de dependência específico dessas substâncias psicoativas. Além disso, pode representar atitudes e opiniões favoráveis acerca do uso “experimental” e “regular” de algumas substâncias psicoativas (110).

Em relação à saúde mental, a confiabilidade do instrumento M.I.N.I. em uso do tipo autoaplicação, apesar de ter sido validada (111), ainda não foi adequadamente avaliada, sobretudo em nosso meio. Entretanto, deve-se ressaltar que o M.I.N.I. foi utilizado nesse estudo mais como um “inventário subjetivo de queixas e sintomas” do que propriamente como um instrumento objetivo de detecção de prevalência de transtornos mentais.

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

7. Conclusões

7. Conclusões

Por meio dos dados levantados por este estudo, pode-se concluir que há uma baixa representação de estudantes de graduação de cor de pele negra ou parda na amostra universitária pesquisada, em relação ao restante da sociedade brasileira. Estes alunos possuem maiores desvantagens socioeconômicas em relação aos seus colegas discentes de cor de pele branca e diferem entre si em termos de relatos de vivência pessoal de experiências de discriminação racial e do senso de identificação e exploração da cultura africana, mais descritos por negros do que pelos pardos.

Pertencer a grupos de menor *status* social e ter a cor de pele negra ou parda foram variáveis independentes importantemente associadas a pior qualidade de vida, bem como relatos de vivências de discriminação por conta de aparência física e de nível socioeconômico. Todavia, relatos de experiências de discriminação racial não se associaram a pior qualidade de vida entre os alunos de graduação pesquisados, apesar de estudantes negros e pardos terem piores medidas de qualidade de vida que seus colegas brancos.

Queixas indicativas de sofrimento psíquico, com predomínio de sintomas depressivos ou ansiosos, foram frequentes, principalmente entre as mulheres. Ter sido alvo de algum tipo de experiência discriminatória em determinado momento da vida também foi um relato comum, bem como ter usado substâncias psicoativas e ter apresentado comportamento de risco após este uso (esta última afirmação, principalmente entre homens). Pode ser que experiências de discriminação relacionadas a sentimentos de inferioridade (contra aparência física, nível socioeconômico, desempenho acadêmico) associem-se mais a queixas psicopatológicas, afetivas e internalizadas, enquanto experiências de discriminação referentes ao sentimento de ser diferente ou estranho (contra posições políticas, roupas e ornamentos corporais, cor de pele) talvez se relacionem mais a quadros comportamentais de risco potencial, referentes a uso de álcool e de outras substâncias psicoativas. Estudantes que referiram ter sofrido discriminação por motivos religiosos apresentaram uso menos frequente de álcool.

As experiências discriminatórias mais relatadas foram contra a aparência física e o nível socioeconômico. Estudantes mais velhos, com tendência ao isolamento e a possuir baixa autoestima, foram os que mais frequentemente reportaram discriminação contra aparência física. Já alunos de origem mais humilde, com traços de personalidade mais autônoma e independente, foram os que mais frequentemente referiram ter sido vítimas de discriminação contra o nível socioeconômico. Alunos que já foram reprovados em algum semestre acadêmico da universidade e estudantes que descreveram como regular ou ruim o relacionamento com amigos constituíram grupos particularmente vulneráveis para reportarem terem sido vítimas de experiências de discriminação.

8. Referências

8. Referências

1. Silva TT. A produção social da identidade e da diferença. In: Silva TT (org.). *Identidade e diferença: A perspectiva dos estudos culturais*. Petrópolis, RJ: Vozes; 2000.
2. Dogra N, Vostanis P, Frake C. Child mental health services: Cultural diversity training and its impact on practice. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2007;12(1):137-42.
3. Hall S. A identidade em questão. In: Hall S, Held D, McGrew T. *A identidade cultural na pós-modernidade*. Tradução de Tomaz Tadeu da Silva e Guacira Lopes Louro. Rio de Janeiro: DP&A Editora; 2000. Título original: *The question of cultural identity*. Cambridge, UK: Polity Press/Open University Press; 1992, p.7-97.
4. Mercer K. Black hair/style politics. In: Ferguson R (ed.). *Out There: Marginalization and contemporary cultures*. Cambridge, MA, USA: MIT Press; 1990, p.43.
5. Organização Mundial da Saúde (OMS). Relatório de debates técnicos sobre a saúde dos jovens. 42ª Assembléia Mundial da Saúde, OMS; Genebra, Suíça; 1989.
6. Oliveira MLC. Caracterização sócio-demográfica, acadêmica e clínica dos estudantes atendidos no serviço de assistência psicológica e psiquiátrica ao estudante (SAPPE) de 1987 a 2004. [Dissertação de Mestrado]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas; 2009.
7. Aries P. *A história social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1978.
8. Frota AMMC. Diferentes concepções da infância e adolescência: A importância da historicidade para sua construção. *Estudos e Pesquisas em Psicologia – UERJ* – 2007;7(1):144-57. [acesso 23-04-2011]. Disponível em <http://www.revipsi.uerj.br/v7n1/artigos/html/v7n1a13.htm>.

9. Oliveira MLC, Dantas CR, Azevedo RCS, Banzato CEM. Demographics and complaints of university students who sought help at a campus mental health service between 1987 and 2004. *Sao Paulo Med J*. 2008 Jan; 126(1):58-62.

10. Goodman R, Scott S. Transtornos na adolescência. In: Goodman R, Scott S. *Psiquiatria infantil*. Tradução de Mônica Giglio Armando. São Paulo: Editora Roca Ltda; 2004. Título original: *Child Psychiatry*. Oxford, UK: Blackwell Science Ltd; 1997, p.166-78.

11. Erikson EH. *Identity: Youth and crisis*. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1970.

12. Schoen-Ferreira TH, Aznar-Farias M, Silvares EFM. Desenvolvimento da identidade em adolescentes estudantes do ensino médio. *Psicol Reflex Crit*. 2009;22(3):326-33.

13. Erikson EH. *Childhood and society*. 2nd (revised) ed. New York, NY, USA: Norton; 1963.

14. Marcia JE. Development and validation of ego identity status. *J Pers Soc Psychol*. 1966; 3:551-8.

15. King RA. Adolescence. In: Martin A, Volkmar FR, Lewis M (eds.). *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A comprehensive textbook*. 4th ed. Philadelphia, PA, USA: Lippincott Williams & Wilkins; 2007, p.279-91.

16. Harter S. *The construction of the self: A developmental perspective*. New York, NY, USA: Guilford Press; 1999.

17. [Gielsing M](#), [Vollebergh W](#), [van Dorsselaer S](#). Ethnic density in school classes and adolescent mental health. [Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol](#). 2010 Jun; 45(6):639-46.
18. Steinberg L, Morris AS: Adolescent development. *Annu Rev Psychol*. 2001;52(1):83-110.
19. Arnett JJ: Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *Am Psychol*. 2000; 55:469-80.
20. Cerchiari EAN. Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. In: Saúde mental e qualidade de vida em estudantes universitários. [Tese - Doutorado]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas; 2004.
21. Mowbray CT, Megivern D, Mandiberg JM, Strauss S, Stein CH, Collins K et al. Campus mental health services: Recommendations for change. *Am J Orthopsychiatry*. 2006; 76(2):226-37.
22. Oliveira MLC, Dantas CR, Azevedo RCS, Banzato CEM. Counseling Brazilian undergraduate students: 17 years of a campus mental health service. [J Am Coll Health](#). 2008 Nov-Dec; 57(3):367-72.
23. Neves MCC. Estudante de graduação da Unicamp: Saúde mental auto-avaliada e uso de risco de álcool e outras substâncias psicoativas. [Dissertação de Mestrado]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas; 2007.
24. Fernandes JM, Rodrigues CRC. Estudo retrospectivo de uma população de estudantes de medicina atendidos no ambulatório de clínica psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. *Medicina CARL*. 1993; 26(2):258-69.

25. Adlaf EM, Gliksman L, Demers A., Newton-Taylor B. The prevalence of elevated psychological distress among Canadian undergraduates: Findings from the 1998 Canadian Campus Survey. *J Am Coll Health*. 2001; 50(2):67-72.
26. Gallagher RP. National Survey of Counseling Center Directors. Pittsburgh, PA, USA; International Association of Counseling Services Inc; 2009. Accessed at www.iacsinc.org/2009%20National%20Survey.pdf on 04-23-2011.
27. Guthman JC, Iocin L, Konstas DD. Increase in severity of mental illness among clinical college students: A 12-year comparison. In: 118th Annual Convention of the American Psychological Association, 2010, Hellenic American University, Athens, Greece. Session: 1019, 8:00 – 9:50 AM, Thursday, Aug. 12, San Diego Convention Center, Upper Level, Room 24B. Accessed at <http://forms.apa.org/convention/participant.cfm?session=433> on 04-23-2011.
28. Goldberg D, Huxley P. Common mental disorders: A bio-social model. London, UK:Tavistock; 1992.
29. Lima MS, Beria JU, Tomasi E, Conceição AT, Mari JJ. Stressful life events and minor psychiatric disorders: An estimate of the population attributable fraction in a Brazilian community-based study. *Int J Psychiatry Med*. 1996; 26(2):211-22.
30. Ludermir AB. Inserção produtiva, gênero e saúde mental. *Cad Saude Pública*. 2000; 16(3):647-59.
31. Facundes VLD, Ludermir AB. Common mental disorders among health care students. *Rev Bras Psiquiatr*. 2005; 27(3):194-200.
32. Grunbaum J, Kann L, Kitchen S, Ross J, Hawkins J, Lowry R et al. Youth risk behavior surveillance – United States. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2004; 53:1–96.

33. U.S. Department of Health & Human Services, National Institute of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Alcohol Alert. 2006 Oct; 70:1-5. Accessed at <http://www.niaaa.nih.gov/Publications/AlcoholAlerts/Documents/AA70.pdf> on 04-23-2011.
34. Blanco C, Okuda M, Wright BSC, Hasin DS, Grant BF, Liu S et al. Mental health of college students and their non-college-attending peers: Results from the National Epidemiologic Study on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry. 2008; 65(12):1429-37.
35. Hingson R, Heeren T, Winter M, Wechsler H. Magnitude of alcohol-related mortality and morbidity among U.S. college students ages 18-24: Changes from 1998 to 2001. Annu Rev Public Health 2005; 26:259-79.
36. Mossakowski KN. Dissecting the influence of race, ethnicity, and socioeconomic status on mental health in young adulthood. Res Aging. 2008; 30:649-71.
37. Ahmed AT, Mohammed SA, Williams DR. Racial discrimination & health: Pathways & evidence. Indian J Med Res. 2007 Oct; 126:318-27.
38. Williams DR Collins C. US Socioeconomic and racial differences in health: patterns and explanations. Annu Rev Sociol. 1995; 21:349–86.
39. Clark R, Anderson N, Clark V, Williams D. Racism as a stressor for African Americans: A biopsychosocial model. Am Psychol. 1999; 54(10):805–16.
40. Todorova IL, Falcón LM, Lincoln AK, Price LL. Perceived discrimination, psychological distress and health. Sociol Health Illn. 2010 Sep; 32(6):843-61.
41. Jones JM. Prejudice and racism. 2nd ed. Washington, DC, USA: McGraw-Hill; 1997.

42. Utsey SO. Assessing the stressful effects of racism: A review of instrumentation. *J Black Psychol.* 1998; 24:269–88.
43. Smedley A, Smedley BD. Race as biology is fiction, racism as a social problem is real. *Am Psychol.* 2005; 60:16–26.
44. Landrine H, Klonoff EA, Corral I, Fernandez S, Roesch S. Conceptualizing and measuring ethnic discrimination in health research. *J Behav Med.* 2006; 29:79–94.
45. Hwang WC, Goto S. The impact of perceived racial discrimination on the mental health of Asian American and Latino college students. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol.* 2008; 14(4):326–35.
46. Ruggiero KM, Taylor DM. Why minority group members perceive or do not perceive the discrimination that confronts them: The role of self-esteem and perceived control. *J Pers Soc Psychol.* 1997; 72:373–89.
47. Dressler WW, Oths KS, Gravlee CC. Race and ethnicity in public health research: Models to explain health disparities. *Annu Rev Anthropol.* 2005 Oct; 34:231-52.
48. Parra FC, Amado RC, Lambertucci JR, Rocha J, Antunes CM, Pena SDJ. Colour and genomic ancestry in Brazilians. *Proc Natl Acad Sci.* 2003 Jan; 100(1):177-82.
49. Witzig R. The medicalization of race: Scientific legitimization of a flawed social construct. *Ann Inter Med.* 1996; 125:675-9.
50. Alves C, Fortuna CMM, Toralles MBP. A aplicação e o conceito de raça em saúde pública: Definições, controvérsias e sugestões para uniformizar sua utilização nas pesquisas biomédicas e na prática clínica. *Gaz Méd Bahia.* 2005 Jan-Jun; 75(1):92-115.
51. Pena SDJ. *Humanidade sem raças?* São Paulo: PubliFolha; 2008.
52. Petruccelli JL. Raça, etnicidade e origem nos censos de EUA, França,

Canadá e Grã-Bretanha. *Estud Afro-Asiát.* 2002; 24(3):533-61.

53. Travassos C, Williams DR. The concept and measurement of race and their relationship to public health: A review focused on Brazil and the United States. *Cad Saude Pública.* 2004; 20:660-78.

54. IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo demográfico. IBGE, 2000. [acesso 23-04-2011]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2000/populacao/cor_raca_Censo2000.pdf.

55. Degler C. *Nem preto nem branco: Escravidão e relações raciais no Brasil e nos Estados Unidos.* São Paulo: Editora Labor do Brasil; 1976.

56. Oliveira F. Ser negro no Brasil: Alcances e limites. *Estud Av.* 2004; 18(50):57-60.

57. Hasenbalg C. *Discriminação e desigualdades raciais no Brasil.* Tradução de Patrick Burglin. Rio de Janeiro: Graal; 1979.

58. Silva NV. O preço da cor: Diferenciais raciais na distribuição da renda no Brasil. *Pesquisa e Planejamento Econômico.* 1980 Abr; 10(1):21-44.

59. Hoetnik H. *Caribbean race relations: A study of two variants.* Translated from the Dutch by Eva Hooykaas. London/Oxford-UK/New York, NY, USA: Oxford University Press, 1971. Original title: *De gespleten samenleving in het Caribisch gebied.* Assen, Netherlands: Van Gorcum; 1967.

60. Almeida-Filho N, Kawachi I, Filho AP, Dachs JWD. Research on health inequalities in Latin America and the Caribbean. *Am J Public Health.* 2003; 93:2037–43.

61. Woolf SH, Johnson RE, Fryer Jr GE, Rust G, Satcher D. The health impact of resolving racial disparities: An analysis of US mortality data. *Am J Public Health.* 2004;

94:2078–81.

62. Jackson JS, Brown TN, Williams DR, Torres M, Sellers SL, Brown K. Racism and the physical and mental health status of African Americans: A thirteen year national panel study. *Ethn Dis.* 1996; 6:132-147.

63. Spigner C. Race, health, and the African diaspora. *Int Q Community Health Educ.* 2006-2007; 27(2):161-76.

64. Dominguez TP. Race, racism, and racial disparities in adverse birth outcomes. *Clin Obstet Gynecol.* 2008 Jun; 51(2):360-70.

65. Tsigos C, Chrousos GP. Hypothalamic-pituitary-adrenal axis, neuroendocrine factors and stress. *J Psychosom Res.* 2002; 53:865-71.

66. Glaser R, Kiecolt-Glaser JK. Stress-induced immune dysfunction: Implications for health. *Nat Rev Immunol.* 2005; 5:243-51.

67. Paradies Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *Int J Epidemiol.* 2006; 35:888-901.

68. Minayo MCS. O desafio do conhecimento – Pesquisa qualitativa em saúde . 6ªed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco; 1999.

69. Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). Ministério da Educação, Brasília, Distrito Federal, Brasil. 2011. [acesso 23-04-2011]. Disponível em: <http://capesdw.capes.gov.br/capesdw/Pesquisa.do;jsessionid=EDF174A656BAC6E99E66A3311C259014?autor=&tipoPesqAutor=T&assunto=estudante+universit%E1rio&tipoPesqAssunto=T&ies=&tipoPesqles=T&nivel=&anoBase=>.

70. Anuário Estatístico da Unicamp de 2009. Base de Dados de 2008. [acesso 23-04-2011]. Disponível em: http://www.aeplan.unicamp.br/anuario_estatistico_2009/.

71. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196 sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. [acesso 23-04-2011]. Disponível em: <http://www.conselho.saude.gov.br>.

72. World Health Organization. WHOQOL-Bref: Introduction, administration, scoring and assessment of the generic version-field trial version. 1996. [acesso 23-04-2011]. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf.

73. The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. Psychol Med. 1998; 28:551-8.

74. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 3rd ed, rev. Washington, DC, USA: American Psychiatric Association, 1987.

75. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC, USA: American Psychiatric Association, 1994.

76. World Health Organization. International statistical classification of diseases and related health problems. 10th ed. Geneva, Switzerland: WHO, 1992.

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

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

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

80. Mendonza-Sassi RA, Béria JU. Prevalence of alcohol use disorders and associated factors: A population-based study using AUDIT in southern Brazil. *Addiction*. 2003; 98:799-804.
81. Henrique IFS, De Micheli D, Lacerda RB, Lacerda LA, Formigoni MLOS. Validation of the Brazilian version of alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras*. 2004; 50:199-206.
82. Rodrigues AP, Oliveira AS, Zaleski EGF, Arantes SL. Avaliação do nível de propensão para o desenvolvimento do alcoolismo entre estudantes do curso de graduação em enfermagem da Universidade Católica Dom Bosco. *SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2007; 3(1):1-10.
83. Bergman H, Källmén H. Alcohol use among Swedes and psychometric evaluation of the Alcohol Use Disorders Identification Test. *Alcohol Alcohol*. 2002; 37:245-51.
84. Babor TF, Higgle-Biddle JC. Intervenções breves para uso de risco e nocivo de álcool: Manual para uso em atenção primária. Tradução: CM Corradi, Programa de Ações Integradas para Prevenção e Atenção ao Uso de Álcool e Drogas na Comunidade (PAI-PAD): Ribeirão Preto, SP; 2003.
85. Projeto VIVER BEM/UNESP: Universidade Estadual Paulista (UNESP). [acesso 23-04-2011]. Disponível em: <http://www.viverbem.fmb.unesp.br>.
86. Kerr-Corrêa F, Torresan R, Lima MEC, Sanches AF. Curso de atualização: “BASICS” avaliação e intervenção breve para o uso excessivo do álcool oferecido ao Programa de Prevenção ao Uso de Substâncias Lícitas e Ilícitas (Viva Mais) da Pró-Reitoria de Desenvolvimento Universitário (PRDU) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), 2003.

87. Karam E, Kypri K, Salamoun M. Alcohol use among college students: An international perspective. *Curr Opin Psychiatry*. 2007; 20(3):213-221.
88. Houaiss A. *Dicionário Inglês-Português*. Rio de Janeiro: Editora Record; 1982.
89. Projeto VIVA MAIS/Unicamp: Programa de prevenção ao uso de substâncias psicoativas lícitas e ilícitas da PRDU (Pró-Reitoria de Desenvolvimento Universitário) da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). [acesso 23-04-2011]. Disponível em: <http://www.prdu.unicamp.br/vivamais>.
90. Carlini-Cotrim B, Barbosa MTS. *Pesquisas epidemiológicas sobre o uso de drogas entre estudantes: Um manual de orientações gerais*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas - Departamento de Psicobiologia da Escola Paulista de Medicina; 1993.
91. Rimmer J, Halikas JA, Schuckit MA. Prevalence and incidence of psychiatric illness in college students: A four year prospective study. *JACH*. 1982; 30(4):207-11.
92. Mendonza MR, Medina-Mora ME. Validez de uma versión del Cuestionario General de Salud, para detectar psicopatologia em estudantes universitários. *Salud Ment*. 1987; 10(3):90-7.
93. Roberts LW, Warner TD, Lyketsos C, Frank E, Ganzini L, Carter D. Perceptions of academic vulnerability associated with personal illness: A study of 1,027 students at nine medical schools. *Compr Psychiatry*. 2001; 42(1):1-15.
94. Giglio JS. *Bem estar emocional em estudantes universitários*. [Tese - Doutorado]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas/Universidade Estadual de Campinas; 1976.

95. Benvegnú LA, Deitos F, Copette FR. Problemas psiquiátricos menores em estudantes de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul. 1996; 18(3):229-33.
96. Bisquerra R, Sarriera JC, Martínez F. Introdução à estatística: Enfoque informático com o pacote estatístico SPSS. Porto Alegre: Artmed; 2004.
97. Queiroz DM. O negro e a universidade brasileira. Historia Actual on line. 2004; 3:73-82. [acesso 23-04-2011]. Disponível em: <http://www.historia-actual.org/index.php/publicaciones.html>.
98. Conover WJ, Iman RL. Rank transformations as a bridge between parametric and nonparametric statistics. Am Stat. 1981; 35:124-9.
99. Conover WJ. Practical Nonparametric Statistics. New York, NY, USA: John Wiley & Sons; 1971.
100. Siegel S, Castellan Jr NJ. Estatística Não-Paramétrica para Ciências do Comportamento. 2ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2006.
101. Callegari-Jacques SM. Bioestatística – Princípios e aplicações. Porto Alegre: Artmed; 2003.
102. Montgomery DC, Peck EA. Introduction to Linear Regression Analysis. New York, NY, USA: John Wiley & Sons; 1982.
103. Tabachnick BG, Fidell LS. Using Multivariate Statistics. 4th ed. Boston, MA, USA: Allyn and Bacon; 2001.
104. Fleiss JL. Statistical Methods for Rates and Proportions. 2nd ed. New York, NY, USA: John Wiley & Sons; 1981.

105. Hosmer DW, Lemeshow SL. Applied Logistic Regression. New York, NY, USA: John Wiley & Sons. 1989.
106. Forsyth AJM, Furlong A. Losing out? Socioeconomic disadvantage and experience in further and higher education. Bristol, UK: The Policy Press; 2003.
107. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walter EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62:617-27.
108. Lépine JP, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh-Bouchez S, Nègre-Pagès L. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française. Encephale. 2005; 31:182-94.
109. Neves MCC, Dalgallarrondo P. Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários. J Bras Psiquiatr. 2007; 56(4):237-44.
110. Stempliuk VA, Barroso LP, Andrade AG, Nicastrí S, Malbergier A. Comparative study of drug use among undergraduate students at the University of São Paulo - São Paulo campus in 1996 and 2001. Rev Bras Psiquiatr. 2005; 27(3):185-93.
111. Sheehan D, Lecrubier Y, Sheehan KH, Janavs J, Weiller E, Keskiner A et al. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) according to the SCID-P and its reliability. Eur Psychiatry. 1997; 12:232-41.

9. Anexos

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



**FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Caixa Postal 6111, 13083-970 Campinas, SP

☎ (0_19) 3788-8936

FAX (0_19) 3788-8925

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

✉ cep@fcm.unicamp.br

CEP, 17/08/04.
(Grupo III)

PARECER PROJETO: N° 331/2004

I-IDENTIFICAÇÃO:

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

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Marly Coelho Carvalho Neves

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

APRESENTAÇÃO AO CEP: 05/07/2004

APRESENTAR RELATÓRIO EM: 17/08/05

II - OBJETIVOS

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

III - SUMÁRIO

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

IV - COMENTÁRIOS DOS RELATORES

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

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

V - PARECER DO CEP

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

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

VI - INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

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

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

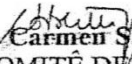
O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo (Res. CNS Item V.4.). É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e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

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

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

VII - DATA DA REUNIÃO

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

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

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

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

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

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

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

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

Campinas, ____ de _____ de 200 ____

Assinatura do Participante

RG:

Nome:

Assinatura do Pesquisador

Marly Coelho Carvalho Neves

RG: 37.316.825-1 - SSP/SP

Tel: (19) 3788-6644

E-mail: nevesmarly@hotmail.com

Tel. Comitê de Ética: 3788-8936

ANEXO 3 – Regras de aplicação do questionário

REGRAS DE APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO

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

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

Outras observações importantes:

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

ANEXO 4- Relatório de aplicação de bordo

RELATÓRIO DE APLICAÇÃO DE BORDO

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO 6 – Modelo final do questionário

PESQUISA SOBRE:

ESTUDANTE DA UNICAMP:

RESPONSÁVEIS

Marly Coelho Carvalho-Neves (SAPPE)
Cláudio Eduardo Müller Banzatto (SAPPE)
Paulo Dalgalarrodo(DPMP/FCM)

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

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

PERFIL SÓCIO-DEMOGRÁFICO

QUALIDADE DE VIDA

SAÚDE MENTAL E

IDENTIDADE PSICOSSOCIAL

ESTUDANTE DA UNICAMP:

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

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

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

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

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

INSTRUÇÕES PARA O ENTREVISTADO

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

Data da entrevista ____/____/200__

I. INFORMAÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS

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

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

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

1.4. Estado civil atual:

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

SOBRE AS CONDIÇÕES DE MORADIA:

1.5. Onde você mora durante a semana:

Campinas (bairro: _____)

Outra cidade (qual: _____)

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

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

1.7. Onde moram os seus pais:

Pai

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

Mãe

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

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

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

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

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

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

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

1. ☐ Sim
2. ☐ Não. Por quê? _____

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

	NÃO	SIM
1. Telefone em sua casa (pessoal)	☐	☐
2. Telefone celular	☐	☐
3. Computador em sua casa pessoal	☐	☐ quantos: _____
4. Internet em sua casa pessoal	☐	☐
5. Carro (automóvel) pessoal	☐	☐ quantos: _____
6. Carro (automóvel) da família	☐	☐ quantos: _____
7. Empregada doméstica (casa pessoal)	☐	☐ quantas: _____
8. Empregada doméstica (casa da família)	☐	☐ quantas: _____

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

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

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

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

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

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

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

SOBRE A SITUAÇÃO ESTUDANTIL:

1.15. Você estudou o Primeiro grau em:

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

1.16. Você estudou o Segundo grau em:

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

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

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

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

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

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

- ☐ Sim
☐ Não (Por quê? _____)

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

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

1.23. Você já fez (outro) curso superior?

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

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

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

1.25. O seu "coeficiente de rendimento" (CRs) situa-se entre:

1. ☐ igual ou maior que 0,81

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

1.26. Além de estudar, você trabalha?

1. ☐ Não
2. ☐ Sim

Qual o seu trabalho? _____

Quantas horas, em média, por semana? _____

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

1.28. Desenvolve pesquisa?

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

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

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

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

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

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

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

(Comente, se quiser: _____)

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

1. ☐ De fora da Unicamp
2. ☐ Da Unicamp

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

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

////////////////////

II. QUALIDADE DE VIDA

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

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

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

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

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

	nada	muito pouco	médio	muito	comple- tamente
10 - Você tem energia suficiente para o seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11 - Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 - Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 - Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14 - Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

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

	muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
15 - Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

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

21 - Quanto satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 - Quanto satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23 - Quanto satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24 - Quanto satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 - Quanto satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

	Nunca	algumas vezes	freqüente mente	muito freqüentemente	sempre
26 – Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

////////////////////

III. IDENTIDADE PESSOAL E SOCIAL

SOBRE ETNIA:

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

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

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

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

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

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

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

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

1. _____
2. _____
3. _____

PERGUNTAS COMPLEMENTARES I:

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

(Se NÃO for, salte para o item seguinte "PERGUNTAS COMPLEMENTARES II"):

1. Qual o seu grupo étnico de origem:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6. Seus amigos mais próximos são:

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

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

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

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

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

PERGUNTAS COMPLEMENTARES II:

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

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

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

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

2. Seus amigos mais próximos são:

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

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

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

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

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

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

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

SOBRE RELIGIÃO E VIDA RELIGIOSA:

3.6. Você tem religião?

1. ☐ Não
2. ☐ Sim

Qual, especificar: _____

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

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

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

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

3.10. Você ora ou reza?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1. ☐ Iniciou. Descreva: _____
2. ☐ Tornou-se menos intensa. Motivo: _____
3. ☐ Tornou-se mais intensa. Motivo: _____
4. ☐ Não mudou em nada.
5. ☐ Não tenho vida religiosa.

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

1. ☐ Não. Comente: _____
2. ☐ Sim. Comente: _____
3. ☐ Não tenho religião.

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

1. ☐ Não
2. ☐ Sim. Comente: _____
3. ☐ Não tenho religião.

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

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

1. ☐ Não, nenhum

2. ☐ Sim. Qual: _____

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

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

1. ☐ Não

2. ☐ Sim. Qual: _____; Quando: _____

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

1. ☐ Não

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

2.1. Quando: _____

2.2. Por qual motivo? _____

4.5. Descreva como foi o atendimento:

1. ☐ Bom Comente: _____

2. ☐ Regular. Comente: _____

3. ☐ Ruim. Comente: _____

4. ☐ Não procurei

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

1. ☐ Não

2. ☐ Sim. Quem e que tipo de problema: _____

3. ☐ Desconheço

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

1. ☐ Não

2. ☐ Sim. Quem e que tipo de problema: _____

3. ☐ Desconheço

////////////////////

V. SOBRE A SAÚDE MENTAL

ITEM 1:

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

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

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

ITEM 2:

3. Durante os últimos 2 anos, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), a maior parte do tempo?	☐ NÃO	☐ SIM
--	------------------------------	------------------------------

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

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

ITEM 3:

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

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

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

ITEM 4:

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

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

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

ITEM 5:

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

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

Tem tanto medo dessas situações que na prática, evita-as, sente um intenso mal-estar quando as enfrenta ou procura estar acompanhado(a) ao ter que enfrentá-las?	☐ NÃO	☐ SIM
--	------------------------------	------------------------------

ITEM 6:

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

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

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

ITEM 7:

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

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

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

ITEM 8:

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

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

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

ITEM 9:

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

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

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

ITEM 10:

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

ITEM 11:

15. Alguma vez na sua vida você pensou seriamente em por fim à sua própria vida?	☐ NÃO	☐ SIM
--	------------------------------	------------------------------

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

Quando: _____
 Por qual motivo: _____

////////////////////

VI. USO DE ÁLCOOL

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

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

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

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

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

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

////////////////////

VII. USO DE OUTRAS DROGAS

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

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

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

1. ☐ 1 vez
2. ☐ 2 a 3 vezes
3. ☐ 4 ou mais vezes

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

1. ☐ Não
2. ☐ Sim. Descreva: _____

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

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

SOBRE A SUA SEXUALIDADE: 7.4.1 Você é virgem?

7.4. Você namora?

1. ☐ Não
2. ☐ Sim. Há quanto tempo? ____ anos; e ____ meses

1. ☐ Não

2. ☐ Sim

3. ☐ Sou Casada(o)

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

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

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

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

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

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

8. ☐ Outros: _____ ☐ Não tenho vida sexual ativa

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

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

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

1. ☐ Não
2. ☐ Sim

Caso queira, comente: _____

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

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

Caso queira, comente: _____

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

1. ☐ Não
2. ☐ Sim

Caso tenha sido, descreva: _____

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

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

Se influi em algo, de que forma? _____

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

1. ☐ Não
2. ☐ Sim

Caso queira, comente: _____

////////////////////////////////////

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

Por favor, **verifique se deixou alguma pergunta em branco**. Se desejar, escreva no espaço abaixo **o que você pensou sobre a pesquisa e o questionário**.

Se voce desejar entrar em contato conosco **para saber ou falar desta pesquisa**, consulte o nosso endereço eletrônico: <http://www.prg.unicamp.br/sappe/index.html>

Se você precisar buscar ajuda psicológica e/ou psiquiátrica, entre em contato com o SAPPE (3788 6643).

SE DESEJAR, FAÇA COMENTÁRIOS SOBRE ESTE QUESTIONÁRIO
OU NOSSA PESQUISA:

[illegible]

10. Apêndices

10. Apêndices:

A seguir, encontram-se as tabelas das análises de regressão logística e linear univariadas, usadas nos recortes B, C e D como procedimentos intermediários para seleção das variáveis a serem testadas nos modelos multivariados.

10.1- Recorte B

Tabela ap.B1: Análise de regressão linear univariada sobre a relação das variáveis independentes com o escore do domínio físico da qualidade de vida (n=340)**

Variável	Categorias	Beta (EP)*	Valor P	R ²
Cor de pele	Branco (ref.)	---		
	Negro e Pardo	-30.11 (10.52)	0.005	0.0237
Sexo	Masculino (ref.)	---		
	Feminino	-29.57 (10.67)	0.006	0.0222
Idade	≤20 anos (ref.)	---		
	21-25 anos	-31.07 (12.04)	0.010	
	≥26 anos	-61.58 (13.41)	<0.001	0.0598
Classe social	Alta (ref.)	---		
	Média	-29.00 (13.89)	0.038	
	Baixa	-55.10 (14.40)	<0.001	0.0434
Período do curso	Diurno (ref.)	---		
	Noturno	-29.41 (10.74)	0.007	0.0218
Trabalha?	Não (ref.)	---		
	Sim	-28.69 (10.58)	0.007	0.0213
Discriminação contra qualquer razão, ao menos uma vez na vida	Não (ref.)	---		
	Sim	-47.72 (11.19)	<0.001	0.0510
Discriminação contra aparência física	Não (ref.)	---		
	Sim	-42.89 (11.28)	<0.001	0.0410
Discriminação contra nível socioeconômico	Não (ref.)	---		
	Sim	-35.97 (11.82)	0.003	0.0267
Discriminação contra posições políticas	Não (ref.)	---		
	Sim	-52.61 (20.19)	0.010	0.0197
Discriminação contra desempenho acadêmico	Não (ref.)	---		
	Sim	-47.43 (19.52)	0.016	0.0172
Discriminação contra roupas e adornos corporais	Não (ref.)	---		
	Sim	-29.36 (14.47)	0.043	0.0120
Discriminação contra motivos religiosos	Não (ref.)	---		
	Sim	9.02 (16.51)	0.585	0.0009
Discriminação contra cor de pele	Não (ref.)	---		
	Sim	-30.55 (18.69)	0.103	0.0078
Discriminação contra orientação sexual	Não (ref.)	---		
	Sim	-69.95 (28.50)	0.015	0.0178

* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R²: coeficiente de determinação.** Variável dependente transformada em postos (ranks) devido à ausência de distribuição Normal.

Tabela ap.B2: Análise de regressão linear univariada sobre a relação das variáveis independentes com o escore do domínio psicológico da qualidade de vida (n=337)**

Variável	Categorias	Beta (EP)*	Valor P	R ²
Cor de pele	Branco (ref.)	---		
	Negro e Pardo	-29.74 (10.47)	0.005	0.0235
Sexo	Masculino (ref.)	---		
	Feminino	-25.76 (10.66)	0.016	0.0171
Idade	≤20 anos (ref.)	---		
	21-25 anos	-39.30 (12.14)	0.001	
	≥26 anos	-38.74 (13.49)	0.004	0.0372
Classe social	Alta (ref.)	---		
	Média	-19.14 (14.02)	0.173	
	Baixa	-41.62 (14.57)	0.005	0.0257
Período do curso	Diurno (ref.)	---		
	Noturno	-21.67 (10.74)	0.045	0.0121
Trabalha?	Não (ref.)	---		
	Sim	-21.18 (10.59)	0.046	0.0118
Discriminação contra qualquer razão, ao menos uma vez na vida	Não (ref.)	---		
	Sim	-59.26 (10.94)	<0.001	0.0806
Discriminação contra aparência física	Não (ref.)	---		
	Sim	-62.42 (10.95)	<0.001	0.0885
Discriminação contra nível socioeconômico	Não (ref.)	---		
	Sim	-46.07 (11.70)	<0.001	0.0442
Discriminação contra posições políticas	Não (ref.)	---		
	Sim	-27.93 (20.15)	0.167	0.0057
Discriminação contra desempenho acadêmico	Não (ref.)	---		
	Sim	-52.68 (18.97)	0.006	0.0225
Discriminação contra roupas e adornos corporais	Não (ref.)	---		
	Sim	-20.30 (14.62)	0.166	0.0057
Discriminação contra motivos religiosos	Não (ref.)	---		
	Sim	12.76 (16.54)	0.441	0.0018
Discriminação contra cor de pele	Não (ref.)	---		
	Sim	6.40 (18.88)	0.735	0.0003
Discriminação contra orientação sexual	Não (ref.)	---		
	Sim	-48.42 (27.51)	0.079	0.0093

* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R²: coeficiente de determinação.

** Variável dependente transformada em postos (ranks) devido à ausência de distribuição Normal.

Tabela ap.B3: Análise de regressão linear univariada sobre a relação das variáveis independentes com o escore do domínio social da qualidade de vida (n=336)**

Variável	Categorias	Beta (EP)*	Valor P	R ²
Cor de pele	Branco (ref.)	---		
	Negro e Pardo	-32.22 (10.39)	0.002	0.0280
Sexo	Masculino (ref.)	---		
	Feminino	-10.91 (10.65)	0.307	0.0031
Idade	≤20 anos (ref.)	---		
	21-25 anos	-16.13 (12.27)	0.190	
	≥26 anos	-24.19 (13.57)	0.076	0.0104
Classe social	Alta (ref.)	---		
	Média	-12.13 (14.13)	0.391	
	Baixa	-32.47 (14.63)	0.027	0.0168
Período do curso	Diurno (ref.)	---		
	Noturno	-16.01 (10.67)	0.135	0.0067
Trabalha?	Não (ref.)	---		
	Sim	-13.45 (10.59)	0.205	0.0048
Discriminação contra qualquer razão, ao menos uma vez na vida	Não (ref.)	---		
	Sim	-40.84 (11.15)	<0.001	0.0386
Discriminação contra aparência física	Não (ref.)	---		
	Sim	-48.25 (11.09)	<0.001	0.0536
Discriminação contra nível socioeconômico	Não (ref.)	---		
	Sim	-41.54 (11.60)	<0.001	0.0370
Discriminação contra posições políticas	Não (ref.)	---		
	Sim	-6.55 (20.08)	0.745	0.0003
Discriminação contra desempenho acadêmico	Não (ref.)	---		
	Sim	-38.53 (18.96)	0.043	0.0122
Discriminação contra roupas e adornos corporais	Não (ref.)	---		
	Sim	-2.45 (14.35)	0.865	0.0001
Discriminação contra motivos religiosos	Não (ref.)	---		
	Sim	10.51 (16.27)	0.519	0.0012
Discriminação contra cor de pele	Não (ref.)	---		
	Sim	-6.30 (18.77)	0.737	0.0003
Discriminação contra orientação sexual	Não (ref.)	---		
	Sim	-34.28 (27.35)	0.211	0.0048

* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R²: coeficiente de determinação.

** Variável dependente transformada em postos (ranks) devido à ausência de distribuição Normal.

Tabela ap.B4: Análise de regressão linear univariada sobre a relação das variáveis independentes com o escore do domínio ambiental da qualidade de vida (n=337)**

Variável	Categorias	Beta (EP)*	Valor P	R ²
Cor de pele	Branco (ref.)	---		
	Negro e Pardo	-28.33 (10.50)	0.007	0.0213
Sexo	Masculino (ref.)	---		
	Feminino	-29.64 (10.64)	0.006	0.0226
Idade	≤20 anos (ref.)	---		
	21-25 anos	-41.50 (11.95)	<0.001	0.0692
	≥26 anos	-63.07 (13.25)	<0.001	
Classe social	Alta (ref.)	---		
	Média	-52.43 (13.09)	<0.001	0.1622
	Baixa	-106.04 (13.57)	<0.001	
Período do curso	Diurno (ref.)	---		
	Noturno	-58.51 (10.35)	<0.001	0.0876
Trabalha?	Não (ref.)	---		
	Sim	-69.36 (9.96)	<0.001	0.1265
Discriminação contra qualquer razão, ao menos uma vez na vida	Não (ref.)	---		
	Sim	-60.28 (10.97)	<0.001	0.0826
Discriminação contra aparência física	Não (ref.)	---		
	Sim	-32.31 (11.35)	0.005	0.0236
Discriminação contra nível socioeconômico	Não (ref.)	---		
	Sim	-83.11 (11.14)	<0.001	0.1424
Discriminação contra posições políticas	Não (ref.)	---		
	Sim	-49.42 (20.86)	0.018	0.0165
Discriminação contra desempenho acadêmico	Não (ref.)	---		
	Sim	-47.70 (20.08)	0.018	0.0166
Discriminação contra roupas e adornos corporais	Não (ref.)	---		
	Sim	-41.34 (14.40)	0.004	0.0240
Discriminação contra motivos religiosos	Não (ref.)	---		
	Sim	-5.71 (16.58)	0.731	0.0004
Discriminação contra cor de pele	Não (ref.)	---		
	Sim	-21.26 (18.88)	0.261	0.0038
Discriminação contra orientação sexual	Não (ref.)	---		
	Sim	-67.83 (27.35)	0.014	0.0183

* Beta: valor da estimativa ou coeficiente angular (*slope*) na reta de regressão; EP: erro padrão de beta. R²: coeficiente de determinação.

** Variável dependente transformada em postos (ranks) devido à ausência de distribuição Normal.

10.2- Recorte C

Tabela ap.C1: Análise de regressão logística univariada para qualquer categoria positiva avaliada pelo M.I.N.I.

Variável*	Categorias	Valor P	OR**	IC 95% OR
Cor de pele	Branco (ref.)		1.00	---
	Negro e Pardo	0.481	1.17	0.76 – 1.80
Sexo	Masculino (ref.)		1.00	---
	Feminino	<0.001	2.71	1.73 – 4.23
Idade	≤20 anos (ref.)		1.00	---
	21-25 anos	<0.001	2.51	1.51 – 4.18
	≥26 anos	<0.001	2.91	1.63 – 5.19
Classe social	Alta (ref.)		1.00	---
	Média	0.026	1.93	1.08 – 3.43
	Baixa	0.021	2.02	1.11 – 3.68
Período do curso	Diurno (ref.)		1.00	---
	Noturno	0.002	2.02	1.29 – 3.18
Trabalha?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.013	1.74	1.13 – 2.70
Discriminação contra qualquer razão, ao menos uma vez na vida	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.028	1.68	1.06 – 2.67
Discriminação contra aparência física	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.024	1.75	1.08 – 2.83
Discriminação contra nível socioeconômico	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.014	1.90	1.14 – 3.18
Discriminação contra posições políticas	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.083	2.29	0.90 – 5.87
Discriminação contra desempenho acadêmico	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.085	2.17	0.90 – 5.23
Discriminação contra roupas e adornos corporais	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.005	2.68	1.36 – 5.29
Discriminação contra motivos religiosos	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.600	1.20	0.61 – 2.34
Discriminação contra cor de pele	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.764	0.89	0.42 – 1.89
Discriminação contra orientação sexual	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.610	1.33	0.44 – 3.98

* MINI negativo (n=136); MINI positivo (n=209). Ref: nível de referência.

** OR=Razão de risco para MINI positivo; IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para OR (*Odds Ratio*).

Tabela ap.C2: Análise de regressão logística univariada para queixas depressivas episódicas atuais e sérias

Variável*	Categorias	Valor P	OR**	IC 95% OR
Cor de pele	Branco (ref.)		1.00	---
	Negro e Pardo	0.026	1.82	1.07 – 3.09
Sexo	Masculino (ref.)		1.00	---
	Feminino	0.045	1.75	1.01 – 3.04
Idade	≤20 anos (ref.)		1.00	---
	21-25 anos	0.007	2.61	1.30 – 5.25
	≥26 anos	<0.001	3.78	1.82 – 7.83
Classe social	Alta (ref.)		1.00	---
	Média	0.049	2.30	1.01 – 5.30
	Baixa	0.021	2.70	1.16 – 6.27
Período do curso	Diurno (ref.)		1.00	---
	Noturno	0.024	1.82	1.08 – 3.07
Trabalha?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.006	2.17	1.25 – 3.77
Discriminação contra qualquer razão, ao menos uma vez na vida	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.008	2.41	1.26 – 4.62
Discriminação contra aparência física	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.002	2.32	1.36 – 3.95
Discriminação contra nível socioeconômico	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	<0.001	2.63	1.53 – 4.53
Discriminação contra posições políticas	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.461	1.41	0.57 – 3.49
Discriminação contra desempenho acadêmico	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.025	2.49	1.12 – 5.55
Discriminação contra roupas e adornos corporais	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.403	1.33	0.68 – 2.60
Discriminação contra motivos religiosos	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.972	1.01	0.46 – 2.23
Discriminação contra cor de pele	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.790	0.88	0.35 – 2.24
Discriminação contra orientação sexual	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.241	1.94	0.64 – 5.87

* MINI negativo (n=271); MINI positivo (n=73). Ref: nível de referência.

** OR=Razão de risco para MINI positivo; IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para OR (*Odds Ratio*).

Tabela ap.C3: Análise de regressão logística univariada para queixas depressivas menos severas, porém mais persistentes

Variável*	Categorias	Valor P	OR**	IC 95% OR
Cor de pele	Branco (ref.)		1.00	---
	Negro e Pardo	0.120	1.50	0.90 – 2.52
Sexo	Masculino (ref.)		1.00	---
	Feminino	0.002	2.45	1.39 – 4.30
Idade	≤20 anos (ref.)		1.00	---
	21-25 anos	<0.001	3.47	1.67 – 7.21
	≥26 anos	<0.001	5.34	2.50 – 11.40
Classe social	Alta (ref.)		1.00	---
	Média	0.570	1.24	0.59 – 2.61
	Baixa	0.072	1.97	0.94 – 4.11
Período do curso	Diurno (ref.)		1.00	---
	Noturno	0.006	2.05	1.22 – 3.44
Trabalha?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.010	2.04	1.19 – 3.50
Discriminação contra qualquer razão, ao menos uma vez na vida	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	<0.001	3.68	1.81 – 7.49
Discriminação contra aparência física	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.002	2.32	1.37 – 3.93
Discriminação contra nível socioeconômico	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	<0.001	3.33	1.95 – 5.70
Discriminação contra posições políticas	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.115	1.98	0.85 – 4.65
Discriminação contra desempenho acadêmico	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.036	2.35	1.06 – 5.22
Discriminação contra roupas e adornos corporais	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.005	2.46	1.32 – 4.59
Discriminação contra motivos religiosos	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.199	0.55	0.22 – 1.37
Discriminação contra cor de pele	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.157	1.78	0.80 – 3.97
Discriminação contra orientação sexual	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.675	1.29	0.40 – 4.16

* MINI negativo (n=268); MINI positivo (n=76). Ref: nível de referência.

** OR=Razão de risco para MINI positivo; IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para OR (*Odds Ratio*).

Tabela ap.C4: Análise de regressão logística univariada para sintomas episódicos e paroxísticos, atuais de ansiedade

Variável*	Categorias	Valor P	OR**	IC 95% OR
Cor de pele	Branco (ref.)		1.00	---
	Negro e Pardo	0.664	0.88	0.50 – 1.56
Sexo	Masculino (ref.)		1.00	---
	Feminino	0.008	2.35	1.25 – 4.43
Idade	≤20 anos (ref.)		1.00	---
	21-25 anos	0.154	1.73	0.81 – 3.70
	≥26 anos	0.002	3.41	1.60 – 7.27
Classe social	Alta (ref.)		1.00	---
	Média	0.095	2.13	0.88 – 5.16
	Baixa	0.142	1.98	0.80 – 4.93
Período do curso	Diurno (ref.)		1.00	---
	Noturno	0.015	2.04	1.15 – 3.63
Trabalha?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.191	1.48	0.82 – 2.66
Discriminação contra qualquer razão, ao menos uma vez na vida	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.146	1.64	0.84 – 3.19
Discriminação contra aparência física	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.023	1.97	1.10 – 3.53
Discriminação contra nível socioeconômico	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.004	2.37	1.31 – 4.28
Discriminação contra posições políticas	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.014	2.96	1.25 – 7.02
Discriminação contra desempenho acadêmico	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.544	1.34	0.52 – 3.46
Discriminação contra roupas e adornos corporais	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.049	1.99	1.01 – 3.97
Discriminação contra motivos religiosos	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.940	1.03	0.43 – 2.46
Discriminação contra cor de pele	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.934	0.96	0.35 – 2.61
Discriminação contra orientação sexual	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.295	1.88	0.58 – 6.14

* MINI negativo (n=285); MINI positivo (n=57). Ref: nível de referência.

** OR=Razão de risco para MINI positivo; IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para OR (*Odds Ratio*).

Tabela ap.C5: Análise de regressão logística univariada para sintomas persistentes de inquietude, maior que a habitual

Variável*	Categorias	Valor P	OR**	IC 95% OR
Cor de pele	Branco (ref.)		1.00	---
	Negro e Pardo	0.454	1.18	0.77 – 1.81
Sexo	Masculino (ref.)		1.00	---
	Feminino	<0.001	2.32	1.48 – 3.64
Idade	≤20 anos (ref.)		1.00	---
	21-25 anos	0.007	2.04	1.22 – 3.42
	≥26 anos	0.003	2.38	1.34 – 4.20
Classe social	Alta (ref.)		1.00	---
	Média	0.070	1.75	0.96 – 3.19
	Baixa	0.020	2.08	1.12 – 3.86
Período do curso	Diurno (ref.)		1.00	---
	Noturno	0.024	1.65	1.07 – 2.56
Trabalha?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.064	1.51	0.98 – 2.33
Discriminação contra qualquer razão, ao menos uma vez na vida	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.042	1.64	1.02 – 2.64
Discriminação contra aparência física	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.010	1.83	1.16 – 2.91
Discriminação contra nível socioeconômico	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.074	1.55	0.96 – 2.51
Discriminação contra posições políticas	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.065	2.19	0.95 – 5.02
Discriminação contra desempenho acadêmico	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.026	2.43	1.11 – 5.32
Discriminação contra roupas e adornos corporais	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.151	1.53	0.86 – 2.73
Discriminação contra motivos religiosos	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.441	1.29	0.68 – 2.47
Discriminação contra cor de pele	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.311	0.66	0.30 – 1.47
Discriminação contra orientação sexual	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.365	1.62	0.57 – 4.56

* MINI negativo (n=198); MINI positivo (n=144). Ref: nível de referência.

** OR=Razão de risco para MINI positivo; IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para OR (*Odds Ratio*).

Tabela ap.C6: Análise de regressão logística univariada para insônia por pelo menos dois semanas nos últimos dois meses

Variável*	Categorias	Valor P	OR**	IC 95% OR
Cor de pele	Branco (ref.)		1.00	---
	Negro e Pardo	0.361	1.23	0.79 – 1.92
Sexo	Masculino (ref.)		1.00	---
	Feminino	0.078	1.51	0.96 – 2.39
Idade	≤20 anos (ref.)		1.00	---
	21-25 anos	0.057	1.67	0.98 – 2.84
	≥26 anos	0.047	1.81	1.01 – 3.23
Classe social	Alta (ref.)		1.00	---
	Média	0.319	1.37	0.74 – 2.56
	Baixa	0.066	1.81	0.96 – 3.41
Período do curso	Diurno (ref.)		1.00	---
	Noturno	0.040	1.61	1.02 – 2.53
Trabalha?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.004	1.99	1.25 – 3.15
Discriminação contra qualquer razão, ao menos uma vez na vida	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.096	1.52	0.93 – 2.50
Discriminação contra aparência física	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.776	1.07	0.67 – 1.73
Discriminação contra nível socioeconômico	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.008	1.95	1.20 – 3.19
Discriminação contra posições políticas	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.082	2.07	0.91 – 4.68
Discriminação contra desempenho acadêmico	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.025	2.40	1.11 – 5.18
Discriminação contra roupas e adornos corporais	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.847	0.94	0.51 – 1.73
Discriminação contra motivos religiosos	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.244	1.48	0.77 – 2.87
Discriminação contra cor de pele	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	<0.001	5.51	2.36 – 12.87
Discriminação contra orientação sexual	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.352	1.64	0.58 – 4.64

* Sem insônia (n=218); Com insônia (n=121). Ref: nível de referência.

** OR=Razão de risco para insônia; IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para OR (*Odds Ratio*).

Tabela ap.C7: Análise de regressão logística univariada para risco aumentado de suicídio

Variável*	Categorias	Valor P	OR**	IC 95% OR
Cor de pele	Branco (ref.)		1.00	---
	Negro e Pardo	0.318	1.37	0.74 – 2.53
Sexo	Masculino (ref.)		1.00	---
	Feminino	0.973	1.01	0.54 – 1.88
Idade	≤20 anos (ref.)		1.00	---
	21-25 anos	0.023	2.40	1.13 – 5.13
	≥26 anos	0.289	1.60	0.67 – 3.82
Classe social	Alta (ref.)		1.00	---
	Média	0.586	0.80	0.36 – 1.80
	Baixa	0.892	1.06	0.47 – 2.38
Período do curso	Diurno (ref.)		1.00	---
	Noturno	0.704	1.13	0.61 – 2.09
Trabalha?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.456	1.27	0.68 – 2.36
Discriminação contra qualquer razão, ao menos uma vez na vida	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.022	2.54	1.14 – 5.63
Discriminação contra aparência física	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	<0.001	3.12	1.67 – 5.81
Discriminação contra nível socioeconômico	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.136	1.64	0.86 – 3.13
Discriminação contra posições políticas	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.122	2.17	0.81 – 5.77
Discriminação contra desempenho acadêmico	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.027	2.71	1.12 – 6.56
Discriminação contra roupas e adornos corporais	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.031	2.20	1.08 – 4.50
Discriminação contra motivos religiosos	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.701	0.82	0.31 – 2.22
Discriminação contra cor de pele	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.619	1.29	0.47 – 3.57
Discriminação contra orientação sexual	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.907	0.91	0.20 – 4.18

* Sem risco de suicídio (n=291); Com risco de suicídio (n=48). Ref: nível de referência.

** OR=Razão de risco para risco de suicídio; IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para OR (*Odds Ratio*).

Tabela ap.C8: Análise de regressão logística univariada para uso potencialmente de risco de álcool

Variável*	Categorias	Valor P	OR**	IC 95% OR
Cor de pele	Branco (ref.)		1.00	---
	Negro e Pardo	0.536	0.85	0.50 – 1.44
Sexo	Feminino (ref.)		1.00	---
	Masculino	0.158	1.47	0.86 – 2.49
Idade	≥26 anos (ref.)		1.00	---
	≤20 anos	0.020	2.73	1.17 – 6.37
	21-25 anos	0.002	3.60	1.58 – 8.20
Classe social	Baixa (ref.)		1.00	---
	Alta	0.623	1.19	0.60 – 2.37
	Média	0.220	0.68	0.36 – 1.26
Período do curso	Noturno (ref.)		1.00	---
	Diurno	0.005	2.32	1.29 – 4.19
Trabalha?	Sim (ref.)		1.00	---
	Não	<0.001	2.66	1.54 – 4.59
Discriminação contra qualquer razão, ao menos uma vez na vida	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.172	0.68	0.39 – 1.18
Discriminação contra aparência física	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.981	1.01	0.57 – 1.78
Discriminação contra nível socioeconômico	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.293	0.71	0.38 – 1.34
Discriminação contra posições políticas	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.172	1.84	0.77 – 4.44
Discriminação contra desempenho acadêmico	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.089	0.28	0.07 – 1.22
Discriminação contra roupas e adornos corporais	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.066	1.85	0.96 – 3.57
Discriminação contra motivos religiosos	Sim (ref.)		1.00	---
	Não	0.034	3.70	1.11 – 12.35
Discriminação contra cor de pele	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.326	0.58	0.20 – 1.72
Discriminação contra orientação sexual	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.949	0.96	0.26 – 3.50

* AUDIT negativo (n=271); AUDIT positivo (n=69). Ref: nível de referência.

** OR=Razão de risco para AUDIT positivo; IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para OR (*Odds Ratio*).

Tabela ap.C9: Análise de regressão logística univariada para uso de outras substâncias psicoativas, ilícitas

Variável*	Categorias	Valor P	OR**	IC 95% OR
Cor de pele	Branco (ref.)		1.00	---
	Negro e Pardo	0.191	0.72	0.43 – 1.18
Sexo	Masculino (ref.)		1.00	---
	Feminino	0.682	0.90	0.54 – 1.49
Idade	≤20 anos (ref.)		1.00	---
	21-25 anos	0.081	1.70	0.94 – 3.07
	≥26 anos	0.350	1.38	0.71 – 2.69
Classe social	Alta (ref.)		1.00	---
	Média	0.991	0.99	0.50 – 1.98
	Baixa	0.525	1.25	0.63 – 2.49
Período do curso	Diurno (ref.)		1.00	---
	Noturno	0.254	0.74	0.44 – 1.24
Trabalha?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.396	1.25	0.75 – 2.07
Discriminação contra qualquer razão, ao menos uma vez na vida	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.981	1.01	0.59 – 1.73
Discriminação contra aparência física	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.282	1.34	0.79 – 2.26
Discriminação contra nível socioeconômico	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.727	0.90	0.51 – 1.59
Discriminação contra posições políticas	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.026	2.55	1.12 – 5.79
Discriminação contra desempenho acadêmico	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.384	0.64	0.24 – 1.74
Discriminação contra roupas e adornos corporais	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.244	1.47	0.77 – 2.81
Discriminação contra motivos religiosos	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.219	0.57	0.23 – 1.40
Discriminação contra cor de pele	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.857	0.92	0.38 – 2.23
Discriminação contra orientação sexual	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.807	1.16	0.36 – 3.74

* Sem substâncias ilícitas (n=258); Com substâncias ilícitas (n=81). Ref: nível de referência.

** OR=Razão de risco para uso de substâncias ilícitas; IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para OR (*Odds Ratio*).

Tabela ap.C10: Análise de regressão logística univariada para comportamento de risco após beber ou usar substâncias psicoativas ilícitas

Variável*	Categorias	Valor P	OR**	IC 95% OR
Cor de pele	Branco (ref.)		1.00	---
	Negro e Pardo	0.388	0.79	0.46 – 1.35
Sexo	Feminino (ref.)		1.00	---
	Masculino	<0.001	3.18	1.82 – 5.56
Idade	≤20 anos (ref.)		1.00	---
	21-25 anos	0.141	1.59	0.86 – 2.93
	≥26 anos	0.526	0.78	0.36 – 1.69
Classe social	Baixa (ref.)		1.00	---
	Alta	0.303	1.43	0.73 – 2.82
	Média	0.138	0.61	0.32 – 1.17
Período do curso	Noturno (ref.)		1.00	---
	Diurno	0.001	2.81	1.51 – 5.25
Trabalha?	Sim (ref.)		1.00	---
	Não	0.014	1.98	1.15 – 3.40
Discriminação contra qualquer razão, ao menos uma vez na vida	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.174	0.68	0.39 – 1.19
Discriminação contra aparência física	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.184	0.66	0.36 – 1.22
Discriminação contra nível socioeconômico	Sim (ref.)		1.00	---
	Não	0.033	2.14	1.06 – 4.30
Discriminação contra posições políticas	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.611	0.75	0.25 – 2.27
Discriminação contra desempenho acadêmico	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.759	1.16	0.45 – 3.02
Discriminação contra roupas e adornos corporais	Sim (ref.)		1.00	---
	Não	0.038	2.78	1.06 – 7.29
Discriminação contra motivos religiosos	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.124	0.43	0.15 – 1.26
Discriminação contra cor de pele	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.020	2.60	1.16 – 5.80
Discriminação contra orientação sexual	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.612	0.67	0.15 – 3.11

* Sem comportamento de risco (n=260); Com comportamento de risco (n=68). Ref: nível de referência.

** OR=Razão de risco para comportamento de risco; IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para OR (*Odds Ratio*).

10.3- Recorte D

Tabela ap.D1: Análise de regressão logística univariada para discriminação contra qualquer razão, ao menos uma vez na vida

Variável*	Categorias	Valor P	OR**	IC 95% OR
Cor de pele	Branco (ref.)		1.00	---
	Negro e Pardo	0.001	2.17	1.36 – 3.47
Idade	≤20 anos (ref.)		1.00	---
	21-25 anos	0.002	2.40	1.40 – 4.11
	≥26 anos	0.013	2.12	1.17 – 3.85
Área do curso	Exatas (ref.)		1.00	---
	Humanas	0.011	1.95	1.16 – 3.26
	Saúde	0.006	2.71	1.34 – 5.48
Período do curso	Diurno (ref.)		1.00	---
	Noturno	0.060	1.58	0.98 – 2.55
Sexo	Masculino (ref.)		1.00	---
	Feminino	0.188	1.36	0.86 – 2.16
Classe social	Alta (ref.)		1.00	---
	Média	0.682	1.13	0.63 – 2.05
	Baixa	0.068	1.81	0.96 – 3.43
Escolaridade da mãe	Ensino superior (ref.)		1.00	---
	Ensino médio	0.694	0.90	0.52 – 1.55
	Ensino fundamental	0.010	2.13	1.20 – 3.77
Onde predominantemente cursou o ensino médio?	Escola particular (ref.)		1.00	---
	Escola pública	<0.001	2.23	1.40 – 3.57
Está no curso desejado?	Sim (ref.)		1.00	---
	Não	0.444	1.33	0.64 – 2.75
Perdeu algum semestre do curso?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.358	1.42	0.67 – 3.02
Sente-se apoiado pelos pais?	Sim (ref.)		1.00	---
	Não	<0.001	2.89	1.57 – 5.32
Como vê o relacionamento com amigos?	Bom (ref.)		1.00	---
	Regular ou ruim	0.004	2.78	1.40 – 5.55
Trabalha?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.006	1.92	1.21 – 3.04
Tem religião?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.620	0.88	0.52 – 1.48
Qual religião?	Católica (ref.)		1.00	---
	Evangélica	0.064	1.95	0.96 – 3.94
	Espírita e outras	0.874	0.95	0.48 – 1.86
	Sem religião	0.346	1.32	0.74 – 2.36
Teve comportamento de risco após beber ou usar substâncias ilícitas?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.174	0.68	0.39 – 1.19

Namora?	Sim (ref.)		1.00	---
	Não	0.566	1.16	0.70 – 1.90
	Casado	0.496	1.29	0.62 – 2.70
É virgem?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.833	1.06	0.61 – 1.84
Tem vida sexual ativa?	Sim (ref.)		1.00	---
	Não	0.499	1.17	0.74 – 1.87
Orientação sexual	Heterossexual (ref.)		1.00	---
	Homo ou Bissexual	0.645	1.37	0.36 – 5.15
Envolvimento com alguém do mesmo sexo?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.091	3.63	0.81 – 16.15

* Sem discriminação (n=106); Com discriminação (n=240). Ref: nível de referência.

** OR=Razão de risco para discriminação; IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para OR (*Odds Ratio*).

Tabela ap.D2: Análise de regressão logística univariada para discriminação contra aparência física

Variável*	Categorias	Valor P	OR**	IC 95% OR
Cor de pele	Branco (ref.)		1.00	---
	Negro e Pardo	0.105	1.46	0.92 – 2.31
Idade	≤20 anos (ref.)		1.00	---
	21-25 anos	0.004	2.27	1.30 – 3.97
	≥26 anos	0.037	1.92	1.04 – 3.55
Área do curso	Exatas (ref.)		1.00	---
	Humanas	0.080	1.59	0.95 – 2.67
	Saúde	0.006	2.39	1.29 – 4.44
Período do curso	Diurno (ref.)		1.00	---
	Noturno	0.111	1.45	0.92 – 2.30
Sexo	Masculino (ref.)		1.00	---
	Feminino	0.217	1.34	0.84 – 2.14
Classe social	Alta (ref.)		1.00	---
	Média	0.256	0.71	0.39 – 1.29
	Baixa	0.346	0.74	0.40 – 1.38
Escolaridade da mãe	Ensino superior (ref.)		1.00	---
	Ensino médio	0.767	0.92	0.51 – 1.64
	Ensino fundamental	0.528	1.19	0.70 – 2.02
Onde predominantemente cursou o ensino médio?	Escola particular (ref.)		1.00	---
	Escola pública	0.303	1.27	0.81 – 2.01
Está no curso desejado?	Sim (ref.)		1.00	---
	Não	0.396	0.73	0.35 – 1.51
Perdeu algum semestre do curso?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.775	0.90	0.44 – 1.84
Sente-se apoiado pelos pais?	Sim (ref.)		1.00	---
	Não	0.036	1.71	1.04 – 2.82
Como vê o relacionamento com amigos?	Bom (ref.)		1.00	---
	Regular ou ruim	0.002	2.35	1.37 – 4.04
Trabalha?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.474	1.18	0.75 – 1.87
Tem religião?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.300	0.77	0.47 – 1.27
Qual religião?	Católica (ref.)		1.00	---
	Evangélica	0.424	1.30	0.68 – 2.47
	Espírita e outras	0.498	1.27	0.64 – 2.53
	Sem religião	0.384	1.29	0.73 – 2.29
Teve comportamento de risco após beber ou usar substâncias ilícitas?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.184	0.66	0.36 – 1.22
Namora?	Sim (ref.)		1.00	---
	Não	0.027	1.78	1.07 – 2.98
	Casado	0.206	1.60	0.77 – 3.31

É virgem?	Não (ref.) Sim	0.669	1.00 0.89	--- 0.52 – 1.53
Tem vida sexual ativa?	Sim (ref.) Não	0.529	1.00 1.16	--- 0.73 – 1.84
Orientação sexual	Heterossexual (ref.) Homo ou Bissexual	0.630	1.00 0.72	--- 0.19 – 2.72
Envolvimento com alguém do mesmo sexo?	Não (ref.) Sim	0.368	1.00 1.58	--- 0.58 – 4.27

* Sem discriminação (n=238); Com discriminação (n=108). Ref: nível de referência.

** OR=Razão de risco para discriminação; IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para OR (*Odds Ratio*).

Tabela ap.D3: Análise de regressão logística univariada para discriminação contra nível socioeconômico

Variável*	Categorias	Valor P	OR**	IC 95% OR
Cor de pele	Branco (ref.)		1.00	---
	Negro e Pardo	0.148	1.42	0.88 – 2.29
Idade	≤20 anos (ref.)		1.00	---
	21-25 anos	0.005	2.46	1.32 – 4.59
	≥26 anos	<0.001	3.82	1.98 – 7.34
Área do curso	Saúde (ref.)		1.00	---
	Humanas	0.063	2.05	0.96 – 4.36
	Exatas	0.113	1.81	0.87 – 3.79
Período do curso	Diurno (ref.)		1.00	---
	Noturno	<0.001	2.26	1.39 – 3.66
Sexo	Masculino (ref.)		1.00	---
	Feminino	0.558	1.16	0.71 – 1.87
Classe social	Alta (ref.)		1.00	---
	Média	0.002	4.86	1.82 – 12.95
	Baixa	<0.001	9.11	3.42 – 24.26
Escolaridade da mãe	Ensino superior (ref.)		1.00	---
	Ensino médio	0.231	1.52	0.77 – 3.02
	Ensino fundamental	<0.001	4.37	2.39 – 7.99
Onde predominantemente cursou o ensino médio?	Escola particular (ref.)		1.00	---
	Escola pública	<0.001	4.18	2.46 – 7.12
Está no curso desejado?	Sim (ref.)		1.00	---
	Não	0.023	2.15	1.11 – 4.16
Perdeu algum semestre do curso?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.287	1.46	0.73 – 2.92
Sente-se apoiado pelos pais?	Sim (ref.)		1.00	---
	Não	<0.001	2.69	1.61 – 4.50
Como vê o relacionamento com amigos?	Bom (ref.)		1.00	---
	Regular ou ruim	0.001	2.54	1.46 – 4.41
Trabalha?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	<0.001	3.34	1.97 – 5.69
Tem religião?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.391	0.80	0.47 – 1.34
Qual religião?	Católica (ref.)		1.00	---
	Evangélica	0.054	1.93	0.99 – 3.75
	Espírita e outras	0.351	1.42	0.68 – 2.98
	Sem religião	0.053	1.82	0.99 – 3.32
Teve comportamento de risco após beber ou usar substâncias ilícitas?	Sim (ref.)		1.00	---
	Não	0.033	2.14	1.06 – 4.30
Namora?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.252	1.36	0.81 – 2.28
	Casado	0.417	1.35	0.66 – 2.77

É virgem?	Sim (ref.) Não	0.016	1.00 2.24	--- 1.16 – 4.31
Tem vida sexual ativa?	Não (ref.) Sim	0.227	1.00 1.35	--- 0.83 – 2.19
Orientação sexual	Homo ou Bissexual (ref.) Heterossexual	0.168	1.00 4.26	--- 0.54 – 33.47
Envolvimento com alguém do mesmo sexo?	Sim (ref.) Não	0.163	1.00 2.90	--- 0.65 – 12.95

* Sem discriminação (n=252); Com discriminação (n=94). Ref: nível de referência.

** OR=Razão de risco para discriminação; IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para OR (*Odds Ratio*).

Tabela ap.D4: Análise de regressão logística univariada para discriminação contra razões políticas

Variável*	Categorias	Valor P	OR**	IC 95% OR
Cor de pele	Branco (ref.)		1.00	---
	Negro e Pardo	0.225	1.66	0.73 – 3.77
Idade	≤20 anos (ref.)		1.00	---
	21-25 anos	0.806	1.12	0.45 – 2.81
	≥26 anos	0.829	0.89	0.31 – 2.59
Área do curso	Humanas (ref.)		1.00	---
	Exatas	0.529	1.47	0.45 – 4.82
	Saúde	0.325	1.60	0.63 – 4.10
Período do curso	Diurno (ref.)		1.00	---
	Noturno	0.715	0.86	0.38 – 1.95
Sexo	Masculino (ref.)		1.00	---
	Feminino	0.966	0.98	0.44 – 2.21
Classe social	Alta (ref.)		1.00	---
	Média	0.597	1.38	0.42 – 4.48
	Baixa	0.385	1.69	0.52 – 5.52
Escolaridade da mãe	Ensino superior (ref.)		1.00	---
	Ensino médio	0.866	0.92	0.36 – 2.39
	Ensino fundamental	0.349	0.63	0.23 – 1.67
Onde predominantemente cursou o ensino médio?	Escola particular (ref.)		1.00	---
	Escola pública	0.335	0.67	0.30 – 1.51
Está no curso desejado?	Sim (ref.)		1.00	---
	Não	0.280	1.77	0.63 – 4.96
Perdeu algum semestre do curso?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.564	1.39	0.45 – 4.26
Sente-se apoiado pelos pais?	Sim (ref.)		1.00	---
	Não	0.226	1.71	0.72 – 4.04
Como vê o relacionamento com amigos?	Bom (ref.)		1.00	---
	Regular ou ruim	0.018	2.74	1.19 – 6.35
Trabalha?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.520	1.31	0.58 – 2.97
Tem religião?	Sim (ref.)		1.00	---
	Não	0.003	3.39	1.50 – 7.62
Qual religião?	Católica (ref.)		1.00	---
	Evangélica	0.095	0.17	0.02 – 1.35
	Espírita e outras	0.030	0.10	0.01 – 0.99
	Sem religião	0.169	1.80	0.78 – 4.14
Teve comportamento de risco após beber ou usar substâncias ilícitas?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.611	0.75	0.25 – 2.27
Namora?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.018	3.06	1.21 – 7.75
	Casado	0.533	1.56	0.39 – 6.28

É virgem?	Sim (ref.) Não	0.134	1.00 2.57	--- 0.75 – 8.86
Tem vida sexual ativa?	Não (ref.) Sim	0.120	1.00 1.98	--- 0.84 – 4.69
Orientação sexual	Heterossexual (ref.) Homo ou Bissexual	0.030	1.00 4.61	--- 1.16 – 18.24
Envolvimento com alguém do mesmo sexo?	Não (ref.) Sim	0.020	1.00 4.15	--- 1.25 – 13.81

* Sem discriminação (n=320); Com discriminação (n=26). Ref: nível de referência.

** OR=Razão de risco para discriminação; IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para OR (*Odds Ratio*).

Tabela ap.D5: Análise de regressão logística univariada para discriminação contra desempenho acadêmico

Variável*	Categorias	Valor P	OR**	IC 95% OR
Cor de pele	Branco (ref.) Negro e Pardo	0.037	1.00 2.38	--- 1.05 – 5.39
Idade	≤20 anos (ref.) 21-25 anos ≥26 anos	 0.331 0.167	1.00 1.62 2.04	--- 0.61 – 4.25 0.74 – 5.57
Área do curso	Humanas (ref.) Exatas Saúde	 0.315 0.188	1.00 1.79 1.86	--- 0.58 – 5.58 0.74 – 4.67
Período do curso	Diurno (ref.) Noturno	 0.263	1.00 1.55	--- 0.72 – 3.31
Sexo	Feminino (ref.) Masculino	 0.025	1.00 2.45	--- 1.12 – 5.36
Classe social	Alta (ref.) Média Baixa	 0.279 0.640	1.00 0.58 0.80	--- 0.22 – 1.55 0.30 – 2.08
Escolaridade da mãe	Ensino médio (ref.) Ensino superior Ensino fundamental	 0.066 0.031	1.00 3.36 4.07	--- 0.92 – 12.27 1.13 – 14.58
Onde predominantemente cursou o ensino médio?	Escola particular (ref.) Escola pública	 0.235	1.00 1.61	--- 0.74 – 3.51
Está no curso desejado?	Sim (ref.) Não	 0.816	1.00 1.14	--- 0.38 – 3.45
Perdeu algum semestre do curso?	Não (ref.) Sim	 0.009	1.00 3.28	--- 1.35 – 7.99
Sente-se apoiado pelos pais?	Sim (ref.) Não	 0.731	1.00 0.86	--- 0.35 – 2.08
Como vê o relacionamento com amigos?	Bom (ref.) Regular ou ruim	 <0.001	1.00 6.08	--- 2.76 – 13.39
Trabalha?	Não (ref.) Sim	 0.260	1.00 1.58	--- 0.71 – 3.51
Tem religião?	Não (ref.) Sim	 0.206	1.00 0.60	--- 0.27 – 1.32
Qual religião?	Católica (ref.) Evangélica Espírita e outras Sem religião	 0.403 0.099 0.794	1.00 0.61 0.18 1.12	--- 0.19 – 1.94 0.02 – 1.38 0.48 – 2.65
Teve comportamento de risco após beber ou usar substâncias ilícitas?	Não (ref.) Sim	 0.759	1.00 1.16	--- 0.45 – 3.02
Namora?	Sim (ref.) Não Casado	 0.368 0.815	1.00 0.68 1.14	--- 0.29 – 1.59 0.38 – 3.43

É virgem?	Não (ref.) Sim	0.566	1.00 0.74	--- 0.27 – 2.06
Tem vida sexual ativa?	Sim (ref.) Não	0.486	1.00 0.76	--- 0.34 – 1.66
Orientação sexual	Heterossexual (ref.) Homo ou Bissexual	0.996	1.00 1.01	--- 0.13 – 8.10
Envolvimento com alguém do mesmo sexo?	Não (ref.) Sim	0.709	1.00 0.68	--- 0.09 – 5.30

* Sem discriminação (n=317); Com discriminação (n=29). Ref: nível de referência.

** OR=Razão de risco para discriminação; IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para OR (*Odds Ratio*).

Tabela ap.D6: Análise de regressão logística univariada para discriminação contra roupas e adornos corporais

Variável*	Categorias	Valor P	OR**	IC 95% OR
Cor de pele	Branco (ref.)		1.00	---
	Negro e Pardo	0.305	1.36	0.76 – 2.42
Idade	≤20 anos (ref.)		1.00	---
	21-25 anos	0.601	1.20	0.61 – 2.35
	≥26 anos	0.892	1.05	0.49 – 2.25
Área do curso	Exatas (ref.)		1.00	---
	Humanas	0.161	1.59	0.83 – 3.06
	Saúde	0.195	1.68	0.77 – 3.68
Período do curso	Diurno (ref.)		1.00	---
	Noturno	0.556	1.19	0.67 – 2.13
Sexo	Masculino (ref.)		1.00	---
	Feminino	0.074	1.76	0.95 – 3.25
Classe social	Alta (ref.)		1.00	---
	Média	0.624	1.23	0.54 – 2.83
	Baixa	0.199	1.72	0.75 – 3.95
Escolaridade da mãe	Ensino superior (ref.)		1.00	---
	Ensino médio	0.883	1.06	0.49 – 2.27
	Ensino fundamental	0.212	1.54	0.78 – 3.04
Onde predominantemente cursou o ensino médio?	Escola particular (ref.)		1.00	---
	Escola pública	0.168	1.51	0.84 – 2.72
Está no curso desejado?	Sim (ref.)		1.00	---
	Não	0.941	1.03	0.43 – 2.46
Perdeu algum semestre do curso?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.122	0.38	0.11 – 1.29
Sente-se apoiado pelos pais?	Sim (ref.)		1.00	---
	Não	0.031	1.96	1.06 – 3.60
Como vê o relacionamento com amigos?	Bom (ref.)		1.00	---
	Regular ou ruim	0.277	1.45	0.74 – 2.85
Trabalha?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.107	1.64	0.90 – 2.99
Tem religião?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.926	0.97	0.51 – 1.86
Qual religião?	Católica (ref.)		1.00	---
	Evangélica	0.653	1.20	0.54 – 2.68
	Espírita e outras	0.798	0.89	0.35 – 2.23
	Sem religião	0.917	1.04	0.50 – 2.17
Teve comportamento de risco após beber ou usar substâncias ilícitas?	Sim (ref.)		1.00	---
	Não	0.038	2.78	1.06 – 7.29
Namora?	Sim (ref.)		1.00	---
	Não	0.372	0.76	0.41 – 1.40
	Casado	0.345	0.63	0.24 – 1.65

É virgem?	Não (ref.) Sim	0.479	1.00 1.26	--- 0.66 – 2.41
Tem vida sexual ativa?	Sim (ref.) Não	0.193	1.00 1.47	--- 0.82 – 2.64
Orientação sexual	Heterossexual (ref.) Homo ou Bissexual	0.924	1.00 1.08	--- 0.23 – 5.07
Envolvimento com alguém do mesmo sexo?	Não (ref.) Sim	0.373	1.00 1.70	--- 0.53 – 5.42

* Sem discriminação (n=291); Com discriminação (n=55). Ref: nível de referência.

** OR=Razão de risco para discriminação; IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para OR (*Odds Ratio*).

Tabela ap.D7: Análise de regressão logística univariada para discriminação contra motivos religiosos

Variável*	Categorias	Valor P	OR**	IC 95% OR
Cor de pele	Branco (ref.)		1.00	---
	Negro e Pardo	0.999	1.00	0.53 – 1.91
Idade	≤20 anos (ref.)		1.00	---
	21-25 anos	0.942	1.03	0.50 – 2.12
	≥26 anos	0.330	0.64	0.26 – 1.57
Área do curso	Exatas (ref.)		1.00	---
	Humanas	0.187	1.66	0.78 – 3.51
	Saúde	0.062	2.25	0.96 – 5.27
Período do curso	Diurno (ref.)		1.00	---
	Noturno	0.778	1.10	0.57 – 2.12
Sexo	Masculino (ref.)		1.00	---
	Feminino	0.841	1.07	0.56 – 2.06
Classe social	Alta (ref.)		1.00	---
	Média	0.840	0.92	0.39 – 2.17
	Baixa	0.700	0.84	0.34 – 2.07
Escolaridade da mãe	Ensino superior (ref.)		1.00	---
	Ensino médio	0.206	0.57	0.23 – 1.37
	Ensino fundamental	0.960	1.02	0.49 – 2.10
Onde predominantemente cursou o ensino médio?	Escola particular (ref.)		1.00	---
	Escola pública	0.842	0.94	0.49 – 1.79
Está no curso desejado?	Sim (ref.)		1.00	---
	Não	0.276	0.51	0.15 – 1.72
Perdeu algum semestre do curso?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.603	1.28	0.50 – 3.26
Sente-se apoiado pelos pais?	Sim (ref.)		1.00	---
	Não	0.117	0.51	0.22 – 1.19
Como vê o relacionamento com amigos?	Bom (ref.)		1.00	---
	Regular ou ruim	0.322	0.63	0.26 – 1.57
Trabalha?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.224	1.52	0.78 – 2.96
Tem religião?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.019	3.17	1.21 – 8.33
Qual religião?	Católica (ref.)		1.00	---
	Evangélica	<0.001	4.72	2.07 – 10.78
	Espírita e outras	0.421	1.54	0.54 – 4.40
	Sem religião	0.732	0.84	0.30 – 2.34
Teve comportamento de risco após beber ou usar substâncias ilícitas?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.124	0.43	0.15 – 1.26
Namora?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.908	1.04	0.51 – 2.14
	Casado	0.516	1.36	0.54 – 3.47

É virgem?	Não (ref.) Sim	0.004	1.00 2.74	--- 1.38 – 5.42
Tem vida sexual ativa?	Sim (ref.) Não	0.007	1.00 2.58	--- 1.30 – 5.11
Orientação sexual	Heterossexual (ref.) Homo ou Bissexual	0.726	1.00 0.69	--- 0.09 – 5.49
Envolvimento com alguém do mesmo sexo?	Não (ref.) Sim	0.852	1.00 1.16	--- 0.25 – 5.28

* Sem discriminação (n=304); Com discriminação (n=42). Ref: nível de referência.

** OR=Razão de risco para discriminação; IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para OR (*Odds Ratio*).

Tabela ap.D8: Análise de regressão logística univariada para discriminação contra cor de pele

Variável*	Categorias	Valor P	OR**	IC 95% OR
Cor de pele	Branco (ref.) Negro e Pardo	<0.001	1.00 7.81	--- 2.67 – 22.85
Idade	≤20 anos (ref.) 21-25 anos ≥26 anos	0.052 0.263	1.00 2.62 1.87	--- 0.99 – 6.93 0.63 – 5.59
Área do curso	Saúde (ref.) Humanas Exatas	0.162 0.333	1.00 2.50 1.89	--- 0.69 – 9.06 0.52 – 6.80
Período do curso	Diurno (ref.) Noturno	0.251	1.00 1.54	--- 0.74 – 3.23
Sexo	Masculino (ref.) Feminino	0.445	1.00 0.75	--- 0.36 – 1.57
Classe social	Alta (ref.) Média Baixa	0.825 0.596	1.00 0.89 1.32	--- 0.32 – 2.51 0.48 – 3.63
Escolaridade da mãe	Ensino superior (ref.) Ensino médio Ensino fundamental	0.613 0.122	1.00 1.30 2.03	--- 0.47 – 3.60 0.83 – 4.98
Onde predominantemente cursou o ensino médio?	Escola particular (ref.) Escola pública	0.131	1.00 1.81	--- 0.84 – 3.90
Está no curso desejado?	Sim (ref.) Não	0.302	1.00 0.46	--- 0.11 – 2.01
Perdeu algum semestre do curso?	Não (ref.) Sim	0.003	1.00 3.62	--- 1.54 – 8.53
Sente-se apoiado pelos pais?	Sim (ref.) Não	0.476	1.00 1.34	--- 0.60 – 2.95
Como vê o relacionamento com amigos?	Bom (ref.) Regular ou ruim	0.918	1.00 0.95	--- 0.38 – 2.42
Trabalha?	Não (ref.) Sim	0.155	1.00 1.77	--- 0.81 – 3.88
Tem religião?	Não (ref.) Sim	0.870	1.00 0.93	--- 0.41 – 2.11
Qual religião?	Católica (ref.) Evangélica Espírita e outras Sem religião	0.023 0.339 0.363	1.00 3.13 1.77 1.61	--- 1.17 – 8.36 0.55 – 5.67 0.58 – 4.44
Teve comportamento de risco após beber ou usar substâncias ilícitas?	Não (ref.) Sim	0.020	1.00 2.60	--- 1.16 – 5.80
Namora?	Sim (ref.) Não Casado	0.036 0.166	1.00 2.74 2.40	--- 1.07 – 7.05 0.70 – 8.28
	Não (ref.)		1.00	---

É virgem?	Sim	0.512	0.73	0.29 – 1.86
Tem vida sexual ativa?	Sim (ref.)		1.00	---
	Não	0.421	0.73	0.34 – 1.56
Orientação sexual	Heterossexual (ref.)		1.00	---
	Homo ou Bissexual	0.272	0.39	0.02 – 6.73
Envolvimento com alguém do mesmo sexo?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.654	0.63	0.08 – 4.88

* Sem discriminação (n=315); Com discriminação (n=31). Ref: nível de referência.

** OR=Razão de risco para discriminação; IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para OR (*Odds Ratio*).

Tabela ap.D9: Análise de regressão logística univariada para discriminação contra orientação sexual

Variável*	Categorias	Valor P	OR**	IC 95% OR
Cor de pele	Branco (ref.)		1.00	---
	Negro e Pardo	0.783	1.16	0.41 – 3.27
Idade	≤20 anos (ref.)		1.00	---
	21-25 anos	0.386	0.53	0.12 – 2.25
	≥26 anos	0.259	1.98	0.61 – 6.45
Área do curso	Exatas (ref.)		1.00	---
	Humanas	0.876	1.10	0.33 – 3.70
	Saúde	0.386	1.78	0.48 – 6.53
Período do curso	Diurno (ref.)		1.00	---
	Noturno	0.901	0.94	0.33 – 2.69
Sexo	Feminino (ref.)		1.00	---
	Masculino	0.059	2.87	0.96 – 8.60
Classe social	Alta (ref.)		1.00	---
	Média	0.984	0.99	0.24 – 4.06
	Baixa	0.997	0.99	0.23 – 4.31
Escolaridade da mãe	Ensino superior (ref.)		1.00	---
	Ensino médio	0.790	0.84	0.23 – 3.06
	Ensino fundamental	0.801	0.86	0.25 – 2.88
Onde predominantemente cursou o ensino médio?	Escola particular (ref.)		1.00	---
	Escola pública	0.373	0.62	0.22 – 1.78
Está no curso desejado?	Sim (ref.)		1.00	---
	Não	0.500	0.49	0.06 – 3.85
Perdeu algum semestre do curso?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.080	2.91	0.88 – 9.62
Sente-se apoiado pelos pais?	Sim (ref.)		1.00	---
	Não	0.007	4.30	1.49 – 12.45
Como vê o relacionamento com amigos?	Bom (ref.)		1.00	---
	Regular ou ruim	0.013	3.82	1.33 – 10.95
Trabalha?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.364	1.66	0.56 – 4.97
Tem religião?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.643	0.77	0.26 – 2.32
Qual religião?	Católica (ref.)		1.00	---
	Evangélica	0.350	1.91	0.49 – 7.37
	Espírita e outras	0.171	0.24	0.01 – 4.36
	Sem religião	0.295	1.92	0.57 – 6.48
Teve comportamento de risco após beber ou usar substâncias ilícitas?	Não (ref.)		1.00	---
	Sim	0.611	0.67	0.15 – 3.11
Namora?	Sim (ref.)		1.00	---
	Não	0.565	0.73	0.25 – 2.14
	Casado	0.346	0.36	0.04 – 3.01

É virgem?	Não (ref.) Sim	0.873	1.00 1.10	--- 0.34 – 3.56
Tem vida sexual ativa?	Sim (ref.) Não	0.880	1.00 1.08	--- 0.38 – 3.06
Orientação sexual	Heterossexual (ref.) Homo ou Bissexual	<0.001	1.00 106.00	--- 24.95 – 450.38
Envolvimento com alguém do mesmo sexo?	Não (ref.) Sim	<0.001	1.00 39.49	--- 11.76 – 132.65

* Sem discriminação (n=324); Com discriminação (n=15). Ref: nível de referência.

** OR=Razão de risco para discriminação; IC95% OR=Intervalo de 95% de confiança para OR (*Odds Ratio*).