

*Este exemplar corresponde à versão final da Dissertação / Tese de Mestrado / Doutorado,  
apresentada à Faculdade de Ciências Médicas, para obtenção do Título de Mestre / Doutor  
em SAÚDE MENTAL.  
CAMPINAS (SP).*

\_\_\_\_\_  
Orientador(a)

**MICHELLE SELMA HAHN**

**ESTUDO DA CLIENTELA DE UM PROGRAMA DE  
ATENÇÃO EM SAÚDE MENTAL JUNTO AO  
ESTUDANTE UNIVERSITÁRIO DE SÃO CARLOS**

**UNICAMP-1994**



FICHA CATALOGRAFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA CENTRAL - UNICAMP

Hahn, Michelle Selma

8124e

Estudo da clientela de um programa de atencao em saude mental  
junto ao estudante universitario de Sao Carlos / Michelle Selma  
Hahn -- Campinas, SP : [s.n.l], 1994.

Orientador: Marcos Pacheco Toledo Ferraz.

Tese (mestrado) - Universidade Estadual de Campinas. Faculdade  
de Ciencias Medicas.

I. Saude mental. 2. Estudantes universitarios. 3. Terapia  
ocupacional. 4. Promocao da saude. I. Ferraz, Marcos Pacheco  
Toledo. II Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de  
Ciencias Medicas. III. Titulo.

*Aos meus pais pelo  
passado e presente  
Ao Felipe e Marcelo pelo  
futuro*

## AGRADECIMENTOS

Ao Marcos, pela orientação constante, valiosos ensinamentos e segurança que foram transmitidos ao longo deste trabalho.

Ao Joel, pela identificação com o objeto de estudo e disponibilidade na co-orientação.

Às colegas, de percurso neste caminhar de tantos anos na terapia ocupacional psiquiátrica, compartilhando os espaços das nossas "loucuras" e da nossa saúde mental, Jô, Mariangela, Selma, Helô, Thelma e Adriana, obrigada pela convivência tão afetiva e estimulante.

Aos amigos, Jussara, Malú, Cristina, Tatinha, Denis, Ferro, Tania, Ciça, Braga, Suzete, sempre presentes nos momentos fáceis e difíceis do cotidiano.

Aos colegas de DEFITO, especialmente as companheiras da terapia ocupacional, pela forma amistosa de estarem ao meu lado cooperando e assumindo algumas das minhas tarefas didáticas e administrativas.

Às inúmeras colaborações "técnico-administrativas" na UFSCar, através das secretárias do DEFITO, dos funcionários da DICA, D.P.D., Setor de Periódicos da Biblioteca Central e as secretarias da pós-graduação, pela forma prestimosa de atendimento.

Aos funcionários do DAMO, em especial, pela constante solicitude.

Aos professores Roosevelt, Egberto e Mauro pelas valiosas sugestões no exame de qualificação.

À Sandra, pela presteza na imensa burocracia deste processo.

À Cidinha, pela forma cuidadosa e paciente com que efetuou a digitação deste trabalho, ainda sendo capaz de me tranquilizar.

À Dulce, pela maneira criteriosa na revisão total deste texto.

Às instituições UNICAMP e UFSCar pela possibilidade de dar continuidade ao meu processo de capacitação docente-pesquisadora, e a CAPES, pelo auxílio financeiro na fase final deste trabalho.

Aos clientes do SOES, com quem muito aprendi nestes últimos cinco anos.

À todos aqueles que acreditaram na viabilidade desse trabalho, estimulando e oferecendo múltiplas ajudas.

## RESUMO

O presente estudo se propôs a caracterizar os estudantes universitários de São Carlos que se utilizam do Serviço de Orientação e Educação em Saúde (SOES), buscando verificar seus principais problemas e sintomatologia relatados referentes ao campo da saúde mental e sua iniciativa quanto à procura de ajuda, através de uma pesquisa retrospectiva de prontuários ao longo de quatro anos (1990-1993). Este trabalho também se propôs a dar uma contribuição à literatura e a prática da terapia ocupacional numa perspectiva de prevenção e promoção da saúde mental, ampliando assim as ações dos terapeutas ocupacionais para além do tradicional papel de reabilitação. Os procedimentos metodológicos utilizados foram: a) coleta de dados: dos 66 prontuários de clientes atendidos através da técnica de "entrevista clínica livre" com posterior orientação e planejamento de atividades; b) análise dos dados: seguiu os pressupostos da epidemiologia descritiva uma vez que a clínica e a epidemiologia interagem metodologicamente. Dos prontuários foram utilizados dados selecionados e catalogados em onze categorias distintas, que compuseram o perfil sócio-demográfico do alunado e que também poderão orientar o planejamento de serviços de atenção à saúde mental do universitário. A análise dos dados permitiu identificar uma clientela majoritariamente feminina num universo predominante de alunos do sexo masculino, situada na maior parte dos casos na faixa entre 19 a 22 anos, solteira em quase sua totalidade. Os

fatores detectados como sendo de maior vulnerabilidade e fragilidade emocional que podem ser desencadeadores de situações de crise entre os alunos foram a procedência geográfica, condições de habitação e os três primeiros semestres do curso escolhido. Nos casos estudados essas crises refletiram um predomínio de quadros psíquicos, como ansiedade, depressão reativa e/ou situacional e reações de ajustamento e raros quadros de psicoses. O baixo número de sessões e os tipos de alta ocorridos caracterizaram o tempo clínico destinado a cada atendimento e se mostraram suficientes dentro da proposta de educação, orientação e aconselhamento do próprio serviço.

## SUMMARY

### Study of the Clientele of a Mental Health Attention Programme with University Students from São Carlos.

The purpose of this study is to characterize the university students from São Carlos, who have used the Educational Mental Health Service over a four year period (1990-1993). Their major problems and symptoms related to mental health and their initiative in seeking help have been checked through their health records.

This study also intends to give a contribution to occupational therapy literature and practice in terms of the development of mental health prevention, promotion programmes and actions in order to extend the occupational therapist's role further than the traditional rehabilitation role. The methodological procedures used were: **a)** data collection of health records of the 66 clients assisted at the Service, through the technique of "the depth interview" with further counselling on activity planning and re-organization; **b)** data analysis according to the principles of descriptive epidemiology, once the clinic and epidemiology interact methodologically. Data from the clients' health records has been selected and classified in eleven categories that made up the socio-demographic profile of the students and it will also guide the planning of other mental health attention services for the same

population. Data analysis allowed us to identify a majority of female clients in a group where male students are predominant, most of them being between 19 and 22 years old and almost all single. Housing conditions, geographical origin and the first three semesters in college were the factors detected as being the cause of emotional and psychological fragility with the breaking out of a crisis situation. In the studied cases these crises reflected a predominance of anxiety disorders, situational and/or reactive depression and adjustment reactions, psychotic episodes being rare. The low number of sessions and the types of discharge characterized the clinical time allotted to each client, and have been considered sufficient in relation to the purposes of the Service, which is mental health education through counselling and orientation.

## ÍNDICE

|  |     |
|--|-----|
| INTRODUÇÃO .....                             | 1   |
| HISTÓRICO - Revisão de Literatura.....       | 7   |
| PROMOÇÃO DE SAÚDE E TERAPIA OCUPACIONAL..... | 29  |
| IMPLANTAÇÃO E DESCRIÇÃO DO SERVIÇO.....      | 40  |
| PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....            | 53  |
| a) Objetivos.....                            | 53  |
| b) Método .....                              | 55  |
| c) Material.....                             | 60  |
| d) Procedimentos .....                       | 61  |
| ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS .....          | 69  |
| CONCLUSÕES .....                             | 120 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....              | 126 |

## INTRODUÇÃO

Nossa preocupação com as questões relativas ao bem-estar emocional e saúde mental do estudante universitário tem sido constante desde o início da década de oitenta. Através de nossa prática clínica observamos e identificamos a necessidade de se criar um programa de atenção mais sistematizado e planejado especificamente para atender este tipo de demanda.

Em algumas universidades brasileiras existem serviços de orientação, educação e aconselhamento em saúde mental que vêm funcionando com bons resultados como descrevem MILLAN (1986), sobre a assistência prestada a alunos da FMUSP; HOIRISCH, BARROS & SOUZA (1993), sobre o programa desenvolvido na Faculdade de Medicina da UFRJ. Estes últimos apontam um consenso no que diz respeito à vivência específica de alguns fatores nesta população, tais como conflito de valores, problemas existenciais advindos da fantasia da futura independência econômica que os alunos deverão assumir quando formados, juntamente com a necessidade de realização pessoal e produtiva como adulto-jovem.

GIGLIO (1981) correlaciona o baixo desempenho e/ou abandono dos estudos com os problemas emocionais. *"No nosso contato com universitários,*

*quer no papel de docente ou no de terapeuta, temos observado que o rendimento escolar ocupa um alto posto na escala de valores do estudante, e que os insucessos acadêmicos costumam levar a reações depressivas de maior ou menor intensidade" (P. 142).*

Através desses autores e de nossa experiência clínica anterior no Ambulatório de Psiquiatria do Hospital-Escola da Faculdade de Medicina de Botucatu, verificamos a semelhança entre os tipos de conflitos e problemas apresentados tanto pelos alunos de Botucatu, quanto pelos da UNICAMP, conforme descrito por Giglio (1976), e também pelo corpo discente de ambas Universidades Públicas de São Carlos (USP e UFSCar).

Verificamos que estas dificuldades podem ser definidas teoricamente como situações de crise.

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

Nesse sentido, podemos observar que a vida universitária exige um grau de mobilização interna considerável podendo levar o indivíduo a passar por

situações de crise, entendida aqui como um processo atípico na vida do sujeito, com elevação do nível da tensão psíquica e com tempo de duração limitado.

AMATUZZI (1993), ao descrever as diferentes etapas pelas quais o indivíduo passa quando tenta transpor alguma situação pessoal vivida como difícil e/ou problemática, nomeia este processo como a vivência da crise e propõe que a mesma seja superada não através de seu impedimento, mas sim "permitindo a crise".

Considerando os processos de crise que normalmente ocorrem, ressaltamos aqui a importância de um trabalho de intervenção preventiva nestes momentos. Como nos mostra SIMON (1983), *"diante de pressões emocionais intensas desencadeadas pelas situações críticas há risco de prejuízos para o universo pessoal. E aqui as aberturas para intervenção preventiva ficam mais explícitas"* (p. 110).

Corroborando as idéias desse autor, as atividades desenvolvidas pelo Serviço de Orientação e Educação em Saúde Mental, implantado na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), foram realizadas nesses termos, assentadas no modelo de intervenção de psicoterapia breve, segundo os objetivos citados por BRAIER (1984): *"centrar-se na superação de sintomas e incidentes agudos ou situações perturbadoras atuais,*

*que se apresentam como prioritárias por sua urgência e/ou importância" (p.3).*

Do modelo teórico de psicoterapia breve utilizamos apenas sua forma de atuação que não se configura como tratamento psicoterápico nos moldes concebidos tradicionalmente pela psicologia.

Especificamente na UFSCar, MORALES (1989) realizou um levantamento visando à possibilidade de implantação de um programa de educação em saúde junto aos alunos desta comunidade e detectou que *"o assunto de maior interesse sobre questões de saúde entre o alunado são os relativos a problemas emocionais"* (p.8).

Nesse mesmo ano, iniciou-se o atendimento aos alunos da Universidade, com docentes enfermeiros e terapeutas ocupacionais, especializados na área de Saúde Mental, uma vez que, na área de Saúde, a UFSCar não possuía até então outros cursos. Embora houvesse um departamento de psicologia, os docentes do mesmo não trabalhavam com este tipo de clientela, dedicando-se prioritariamente à psicologia experimental.

Em 1990, com o apoio da administração superior da Universidade, ampliou-se o Serviço estendendo-o a toda comunidade universitária da UFSCar (alunos, funcionários e docentes) e aos alunos da USP-São Carlos.

Considerando que o Departamento de Assistência Médico-Odontológica (DAMO) da UFSCar encontrava-se naquele momento em fase de expansão e ampliação de seus programas, interessou-nos sobremaneira a integração dos atendimentos lá realizados com os atendimentos/orientações relativos às questões da saúde mental, para que dessa forma pudéssemos atuar no sentido de diminuir a dicotomia corpo-mente, criando um espaço adequado para a prevenção e tratamento de doenças sob uma ótica mais integrada.

Creemos, frente à problemática descrita como situações de crise, junto à população universitária serem necessárias ações de promoção e prevenção na área de saúde mental comunitária, que podem ser assentadas na forma de atuação do modelo de psicoterapia breve, caracterizando assim um trabalho com visão multidisciplinar possibilitando a atuação de diferentes profissionais. Nesse sentido, a terapia ocupacional, através de seu objeto específico de trabalho, que é a atividade, pode ser utilizada para esse tipo de assistência proposta.

Para fins deste estudo preliminar nos ativemos exclusivamente ao segmento estudantil da comunidade universitária pelo fato de o mesmo ser o maior contingente numérico em termos da população do Campus como um todo, e também por ser um subgrupo que

mais procurou o Serviço de Orientação e Educação em Saúde (SOES) desde sua criação oficial em 1990.

É nossa intenção verificar ao longo deste estudo a extensão dos fenômenos relativos à área de saúde mental, ocorridos nos quatro últimos anos, procurando caracterizar especificamente a população estudantil que buscou atendimento a fim de subsidiar mais concretamente no planejamento e reorganização de futuras ações de saúde e educação.

## HISTÓRICO - Revisão de Literatura

Nos primeiros anos deste século a preocupação com a saúde dos estudantes era exclusiva do ponto de vista da saúde física e se referia quase que unicamente à saúde escolar não incluindo a saúde dos universitários. Em 1902 na Inglaterra, segundo LUCAS (1976), uma comissão real já apontava a falta de serviços de saúde destinados aos alunos nas escolas equivalentes aos nossos 1º e 2º graus. A ênfase desses serviços nessa época era detectar doenças de natureza orgânica e promover a saúde através da recreação física.

Os problemas dos universitários eram percebidos como sendo de natureza educacional ou espiritual, e quem devia se responsabilizar por esses problemas eram os tutores e os conselheiros religiosos (Lucas 1976).

A primeira referência, conforme nos relatam REIFLER, LIPTZIN & HILL (1969), que se tem de um programa formal de saúde mental, dentro de um serviço de saúde universitário foi o formulado e desenvolvido por Dr. Stuart Paton, na Universidade de Princeton, EUA, em 1910.

A ênfase desse programa era maior em relação àqueles poucos alunos que já haviam desenvolvido um

quadro de sintomas psiquiátricos. Embora já houvesse a preocupação com a avaliação dos problemas comunitários, a psiquiatria voltada para os universitários sempre tentara manter um interesse na relação entre o indivíduo e o sistema social do qual o mesmo fazia parte.

No mesmo texto, os autores, relembram que um dos primeiros trabalhos publicados a refletir esta preocupação data de 1919 e foi escrito por McFie Campbell, intitulado-se "The Responsibilities of the Universities in Promoting Mental Hygiene".

Em 1920, Dr.F. E. Williams discutia, na Associação de Saúde Mental Americana, em Chicago, os problemas emocionais que os estudantes universitários enfrentavam ao se tornarem adultos.

*"....As universidades cuja função é trabalhar com a mente do estudante, ainda presta pouca atenção à saúde mental dos mesmos...."*. (in Reifler et al 1969)

Frente ao reconhecimento desta necessidade, FARNSWORTH (1967) relata que a Universidade de Wisconsin - EUA manteve um serviço de atendimento a seus alunos por 10 anos (1914-1924). Outras universidades americanas, tais como, Yale, Vassar, Dartmouth e Washburn College, desenvolveram, durante a década de vinte, serviços, cursos e sistemas de aconselhamento para o seu alunado.

ANDERSON & KENNEDY (1932) fizeram um levantamento da história e do status da "higiene mental" nas faculdades americanas e listaram vinte e uma que dispunham de algum tipo de serviço psiquiátrico ou higiene mental. Os profissionais desses serviços variavam de um psiquiatra em meio período a uma equipe de saúde mental, não especificando quais profissionais a compunham em período integral.

Os textos publicados naquela época tinham uma maior preocupação com os aspectos quantitativos e tentavam identificar qual porcentagem de alunos apresentava indicativos da necessidade de cuidados na área de saúde mental. Embora os trabalhos não sejam comparáveis entre si enquanto à metodologia utilizada, eles apresentavam uma variação numérica grande a respeito da incidência de prevalência de problemas mentais, que oscilava entre 4 a 20%, não se discriminando que tipo de comprometimentos eram.

Com relação a processos psicóticos há estudos, um pouco mais consistentes de diversas universidades norte-americanas entre os anos 1930-1965 que apontam uma variação de 1,3 no mínimo a 4 no máximo, em cada 1000 alunos (*Reifler, Lipzin & Hill, 1969*).

FARNSWORTH (1967) é bastante enfático ao afirmar que em qualquer faculdade, ou universidade

como um todo, ao longo de um período de um (1) ano, são estimados dois casos de psicose em cada 1000 alunos.

Também na Inglaterra, conforme nos relata LUCAS (1976), em torno dos anos 50-60, as preocupações e pesquisas se voltaram ao estudo da incidência de doenças psiquiátricas formais que afetavam a população universitária, chegando-se a uma conclusão bastante semelhante à dos EUA, de 2 a 4% de incidência, ao longo de um período de três anos.

O mesmo autor, ainda retratando esse momento histórico, afirma que, em 1951, devido a um alto índice de suicídio entre os alunos de graduação em Oxford, Inglaterra, (onze vezes mais do que na população da mesma faixa etária, segundo Parnell), é que se passou a dar atenção aos problemas concernentes a esse tipo de população. Coincidentemente nesse mesmo ano, fundou-se a British Student Health Association, por psiquiatras e outros médicos dedicados à questão do ensino superior. Alguns poucos anos depois, Carpenter e Rock (1959) também encontraram altos e preocupantes índices de suicídio em Cambridge e outras sete (7) universidades britânicas.

A alta incidência de suicídios na Inglaterra passa a ser apontada também como referência em trabalhos não ingleses, tal como, no Editorial da

Revista da Associação Médica Canadense em 1970, intitulado "Student Mental Health", que afirma que no Reino Unido e nos Estados Unidos de 1 a 2% dos universitários, ao longo de um período de três a quatro anos, desenvolverá uma doença mental grave requerendo hospitalização; 10 a 20% terão as doenças de forma moderada requerendo psicoterapia e outros 20% terão comprometimentos leves requerendo somente apoio e medicação de suporte.

Segundo SCHUCKIT e seus colaboradores (1973), a população das universidades oferece uma categoria especial para o estudo de doenças psiquiátricas. Os campi possuem um ambiente homogêneo e passível de alguns tipos de padronização em relação a stresses, disponibilidade de serviços de saúde e procedimentos de registro de informações.

Para LUCAS (1976), o termo distúrbios psicossociais é o que melhor se aplica a esta população específica, uma vez que a demanda intelectual própria, decorrente da vida universitária, às vezes deve considerar estes distúrbios não como doença psiquiátrica, mas sim como saúde o fato de alguns traços peculiares estarem presentes e não ausentes.

Parece-nos que, a partir da década de 70, passa a haver uma maior integração e consenso entre os continentes americano e europeu sobre essas

questões relativas à doença/saúde mental do estudante universitário.

Nesse sentido RIMMER, HALIKAS & SCHUKIT (1982), estudiosos dessa questão há vários anos, comentam que a maioria dos trabalhos e pesquisas que lidam com a saúde mental do estudante universitário quase sempre se utilizam dos dados de casos já atendidos. O maior problema apontado por estes autores é que apenas de 1/3 a 2/5 dos alunos que buscam tratamento, realmente têm um problema, o que por sua vez sugere que há outros fatores envolvidos na decisão de buscar ajuda.

Vários trabalhos podem ser utilizados como exemplo das questões acima, uma vez que por várias décadas, a maioria deles se referia a estudos relativos ao "uso de serviços", entendendo-se por este termo a busca de ajuda por parte do estudante universitário nas diferentes instâncias de serviços de saúde, psicologia e/ou orientação psicopedagógica.

Um dos estudos mais abrangentes, segundo NAGELBERG (1980), foi o realizado por Gundle & Kraft, em 1956, que tentaram demonstrar a freqüência do uso de serviços de atendimento ao universitário, em noventa e nove (99) faculdades dos EUA e Canadá, chegando a uma média de 4,7%.

Nesse mesmo ano, aconteceu em Princeton a primeira Conferência Internacional sobre Saúde Mental do Estudante, onde se pôde constatar que nas universidades cerca de 8% do corpo discente necessitava de ajuda psiquiátrica anualmente (Loreto 1965).

Em seu minucioso levantamento sobre as universidades americanas, LORETO (1985) nos relata que Raphael em 1936 afirmava que mais de 40% dos estudantes da Universidade de Michigan apresentavam problemas de ajustamento geral, mas não significantes de natureza clínica. Num outro estudo, quase vinte anos depois, Monks & Heath, em 1954, pesquisaram alunos que entraram na universidade e que ao longo de quatro anos haviam consultado um psiquiatra. Observaram que 41% deles foram julgados como não tendo nenhuma "doença psiquiátrica".

Trabalhos de outros autores americanos (Reifler, Liptzin & Hill 1969) apresentam uma variação de 1,5 a 9,9% de alunos com problemas na esfera do psíquico, que buscaram esse tipo de ajuda nos serviços de saúde entre os anos 1930-1960.

A explicação dessa disparidade numérica é que esse aumento de procura pelos serviços ocorreu também por um aumento da conscientização por parte dos alunos da existência deles, bem como o aumento do

tempo dos profissionais disponíveis para os atendimentos.

Entretanto é um equívoco confundir o aumento de demanda assistencial com o aumento de doenças. Segundo os mesmos autores, vários outros estudos com essa mesma população demonstraram que somente uma pequena proporção daqueles identificados como tendo transtornos mentais é vista profissionalmente.

Todos esses trabalhos sobre demanda e assistência em serviços de saúde mental necessitam ser analisados com cuidado, uma vez que a maioria deles aponta que nem todos aqueles que procuram por atendimentos estão necessariamente "doentes".

Em 1980, NAGELBERG & SHEMBERG também apontam que os dados relativos ao uso de serviços têm valor limitado, porque a utilização dos mesmos é influenciada pela vontade do aluno de receber ajuda, pela possibilidade real de atendimento e pela extensão de outras formas de atenção não psiquiátrica no Campus, tais como, orientação religiosa, aconselhamento, entre outros. Ressaltam ainda que o uso dessas facilidades não deve e não pode ser confundido com o índice de problemas apresentados.

Em concordância com outros trabalhos concluem que aproximadamente 10% dos estudantes universitários podem ter necessidade de atenção em programas de saúde mental uma vez ao longo do tempo

que permanecem na universidade, o que sugere que se deva dar alta prioridade ao planejamento dos mesmos (Nagelberg 1980).

Os programas de tratamento devem estar direcionados a ajudar os alunos a lidarem mais efetivamente com os problemas correntes, e ainda apontam a alternativa de se focar mais atenção à prevenção (Loreto 1965).

A preocupação com a criação de programas também tem seus reflexos na França desde 1955, quando da criação do Comitê Universitário para a Saúde Mental, que à época se impressionou com a forte e crescente morbidade psiquiátrica no meio estudantil. Tal fato mobilizou o meio médico universitário e da saúde pública, que previram uma abordagem do problema em dois níveis: médico e pedagógico.

*"Torna-se indispensável a criação de organismos capazes de corresponder às necessidades do universitário que proporcionem uma larga oferta de possibilidades psicoterápicas, com especial atenção aos aspectos preventivos e pedagógicos" (in Levy-Valensi 1956).*

Em 1956, o BAPU - Bureau de Auxílio Psicológico Universitário, reconhece a raridade dos quadros de urgência em psiquiatria estudantil.

Surge o primeiro relato de componentes de uma equipe multidisciplinar capaz do atendimento a

este segmento populacional, "segundo as necessidades e predileções do consulente", composta por médico, psicoterapeuta, assistente social ou psicólogo, utilizando-se basicamente de procedimentos individuais de psicoterapia de inspiração analítica e contatos pedagógicos para os problemas objetivos (Levy-Valensi 1956).

A esse respeito, LORETO (1965) tem a seguinte opinião: "...os portadores de distúrbios psiquiátricos requerem na maior parte das vezes um tratamento medicamentoso e psiquiátrico que é da alçada exclusiva do psiquiatra, enquanto que os que apresentam dificuldades emocionais ligadas a problemas mais ou menos circunscritos, necessitam especificamente de aconselhamento psicológico que está a rigor mais no âmbito da ação do psicólogo clínico...." (p. 286).

Nesse mesmo trabalho, aponta que a promoção da saúde mental dos universitários exigirá sempre um trabalho constante de assistência individual, preventiva e curativa.

Já em 1957, durante a criação do primeiro Serviço de Higiene Mental e Psicologia Clínica no Brasil, junto à cadeira de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade do Recife, este tinha como objetivo prestar assistência psicológica e psiquiátrica aos estudantes de toda universidade,

começando pelos de medicina. E definia a tarefa de higiene mental universitária como consistindo na ajuda ao estudante para superar o conjunto de tensões e dificuldades ao qual ele era submetido na universidade e as dificuldades de ordem emocional que lhe ocorressem, e com isso contribuir para a sua formação integral, garantindo-lhe um melhor equilíbrio da personalidade (Loreto 1958).

Poucos anos depois, PACHECO E SILVA (1962) publica os resultados de pesquisa realizada com estudantes do 4º ano da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) e da Escola Paulista de Medicina (EPM). Trata-se, segundo o autor, de coleta autobiográfica com o propósito de analisar a personalidade do estudante de medicina, tentando buscar as explicações para os *"profundos antagonismos e divergências observados entre os estudantes da atual geração e os das que a precederam"* (p. 8).

*"A principal meta do nosso trabalho, foi a de colher elementos que nos permitissem formar juízo da mentalidade dominante entre os nossos estudantes, aquilatar as dificuldades que enfrentam para, assim, poder auxiliá-los nas esferas médico-psicológica, social, profissional e, sobretudo humana"* (p.10).

A pesquisa foi realizada através da aplicação de um questionário de sete perguntas sobre a profissão médica e seus valores morais. Além disso

os 124 alunos pesquisados foram convidados de improviso durante as aulas da disciplina psicologia médica a escrever uma autobiografia enfocando a sua infância e sua vida até então.

Os dados coletados foram sistematizados e categorizados segundo sexo, idade, procedência, nível social da família, comportamentos da infância e período escolar, relações interpessoais, personalidade, razão da escolha profissional e especialidade clínica, ambições e ideal de vida, conceitos filosóficos a respeito da juventude e mundo atual.

Segundo o autor os resultados revelaram os aspectos positivos e negativos do estudante e *"...servem de base e demonstram a necessidade da organização de um serviço de ajuda psicológica aos estudantes..."* (p. 49).

*"A exemplo do que já se faz em vários meios universitários adiantados, de grande alcance, seria a organização de um centro de assistência e ajuda psicológica"* (p. 51).

A pesquisa ainda revelou o quão importante seria prosseguir nas indagações iniciadas *"... na necessidade de se estabelecerem serviços visando preservar, entreter e restabelecer a saúde mental dos estudantes. Em ambulatórios especializados deveriam eles receber assistência e ajuda psicológica que lhes*

*favorecesse a solução dos problemas com os quais se defrontam"* (p. 51).

Os dois autores anteriormente citados (LORETO & PACHECO E SILVA) são um exemplo da ênfase que vinha sendo dada no Brasil ao tema, principalmente enfocando o alunado das escolas de medicina. Na realidade, até os dias de hoje prevalecem trabalhos realizados com esta população específica, o que pode ser compreendido como uma maior preocupação dos profissionais médicos envolvidos nas questões da saúde em geral no seu próprio meio e de futuros colegas (*D'Andrea & Almeida 1988; Martins 1990; Miranda & Queiróz 1991; Giglio et al. 1992 e Fernandez & Rodrigues 1993*).

Entretanto PACHECO E SILVA (1962), no mesmo estudo ainda nos relata que sua experiência no ambulatório de psiquiatria da Faculdade de Medicina, também acusa quadros neuróticos, desordens psicossomáticas, distúrbios de conduta e toxicomanias nos outros estudantes universitários. Conclui seu trabalho propondo um "Plano de Organização de um Serviço de Psicologia e Higiene Mental", com objetivos de prevenção, aconselhamento, psicoterapia, pesquisa e publicação. Prevê um trabalho de equipe liderado por psiquiatras e composto por psicólogos e assistentes sociais.

Em 1976, GIGLIO, em tese de doutorado dedicada especificamente ao tema bem-estar emocional de estudantes universitários, aplica dois tipos de questionários em 342 alunos dos diversos cursos de graduação da UNICAMP. O primeiro questionário é uma tradução adaptada e validada do General Health Questionnaire (G.H.Q.), desenvolvido por Goldberg na Inglaterra em 1972; o segundo foi o Questionário de Dados Pessoais e Sociais (Q.D.P.S.), construído pelo próprio autor.

Os dois questionários pretendiam fazer a estimação da ocorrência de evidências de problemas emocionais em um dado momento na população considerada e determinar as características pessoais e sociais que pudessem hipoteticamente estar relacionadas com o bem-estar emocional.

As principais conclusões foram : a) o futuro profissional parecia estar interferindo sobremaneira no equilíbrio emocional do jovem universitário; b) o seu relacionamento com a universidade parecia desempenhar um papel importante no seu bem-estar, pois 114 dos alunos pesquisados não estavam fazendo o curso pelo qual optaram e daqueles que o faziam, 50% achavam que o mesmo não estava correspondendo às suas expectativas; c) a percepção do relacionamento entre os pais como insatisfatória estava bastante relacionada com a presença de evidências de mal-estar

emocional; d) o fato de o estudante trabalhar provavelmente favorecia a sua saúde mental principalmente se este trabalho tivesse relação com seu curso.

Em 1981, FORTES & ABDO, em seu artigo "Saúde Mental do Estudante", relatam pesquisa realizada durante um ano e meio com alunos da USP, onde além do levantamento sócio-demográfico, realizam uma categorização diagnóstica e correlacionam os dados entre si, bem como com outros trabalhos realizados anteriormente. Dentre as suas inúmeras conclusões destacamos:

*"... que frente ao resultado de sua pesquisa, torna-se necessária a elaboração de programas de assistência médica preventiva, curativa e de higiene mental... mais recursos precisam ser investidos nestes objetivos..."* (p. 372).

Em 1987, ABDO relata experiência do porquê da opção por psicoterapia breve no atendimento desta clientela e traça parâmetros técnicos em relação à questão da demanda.

Uma outra categoria de pesquisas sobre programas de saúde mental é aquela que lida com comparações entre a população alvo e a população geral.

De acordo com REIFLER, LIPTZIN & HILL (1969), Baker, em 1964, fez uma cuidadosa revisão de

literatura, tentando identificar nos trabalhos anteriores a incidência/prevalência de alunos que necessitavam de atenção em programas específicos de saúde mental e achou dados surpreendentes que em termos de proporção oscilavam de 2% a 90%. Ele diferenciou duas categorias de "pesquisas"; a primeira que lidava com a proporção de alunado que se auto-encaminhava aos programas e os utilizava, conforme mencionamos anteriormente. E a segunda daqueles que a partir de exames de segmentos populacionais era identificada como sendo necessitada de cuidados, ou que poderia se beneficiar significativamente de serviços de saúde mental.

Somente a partir do clássico trabalho de estudos populacionais de Dohrenwend e Dohrenwend, em 1965, um novo enfoque foi dado a pesquisas desta natureza.

De um modo bastante genérico todos os trabalhos que se utilizaram da metodologia de pesquisa nesta direção, estimativas de prevalência de distúrbios psiquiátricos, apresentaram índices maiores do que aqueles já mencionados anteriormente, principalmente no que se refere a uso de serviços. Existem duas explicações possíveis para este fato: 1) a população em geral contém um número desconhecido de pessoas perturbadas psicologicamente que nunca chamarão atenção dos centros de atendimento; 2) é

extremamente difícil identificar o que é uma perturbação psicológica a ponto de se diferenciar um "caso" concreto ou um em potencial.

Estes fatos podem nos levar a concluir que qualquer trabalho de prevalência realizado entre os anos 40 e 70, independentemente de como se definisse distúrbio, perturbação psicológica e/ou psiquiátrica na população universitária, não se modificou muito naquelas três décadas (*Reifler et al. 1969*).

O início da década de 80 nos apresenta um conjunto de trabalhos voltados a questionamentos diversos, que tentam responder, através de várias pesquisas, alguns dos vieses metodológicos ocorridos anteriormente. FORTES e ABDO em 1981 formulam as seguintes questões entre outras: A incidência de perturbações psíquicas tem correlação com a natureza do curso universitário escolhido, ou não? Esta incidência ocorre mais no sexo feminino ou masculino? Existem fatores individuais predisponentes ou precipitantes a partir da entrada do aluno no meio universitário? Apesar de um rigor metodológico maior, as respostas dadas pelos alunos através de questionários auto-aplicáveis elaborados especialmente para isto, não permitiram conclusões ou inferências taxativas. Os dados não possibilitaram estabelecer afirmações do tipo: existem correlações

entre a freqüência de perturbações emocionais e a natureza da disciplina.

RIMMER, HALIKAS & SCHUCKIT (1982), no seu muito citado trabalho sobre prevalência e incidência de doenças psiquiátricas no meio estudantil universitário, tentam responder a várias questões: Qual porcentagem/proporcionalidade do alunado como um todo iria desenvolver um problema psiquiátrico durante seus quatro anos de faculdade? Qual proporção deles procurou tratamento? E ainda qual seria o distúrbio predominante entre aqueles que apresentaram um problema psiquiátrico? As respostas encontradas nessa pesquisa registraram uma prevalência de surgimento de problemas entre 14 e 19% ao longo dos quatro anos; aproximadamente 1/4 dos diagnosticados como doentes buscou tratamento, e depressão foi o distúrbio predominante entre os diagnósticos apresentados.

Baseados nos dados de trabalho anterior O'NEIL, LANCEE & FREEMAN, em 1984 e 1985, já tentam esmiuçar os dados relativos à depressão e à busca de cuidados pessoais, relatando que a decisão do estudante deprimido em buscar ajuda psiquiátrica é influenciada por quatro fatores: a severidade da depressão; a propensão individual de buscar ajuda; a disponibilidade de recursos alternativos e o acesso aos serviços psiquiátricos. Os autores concluem que a

severidade da depressão é o maior fator de busca de ajuda psiquiátrica. Entretanto, quando os sintomas depressivos são de um nível menor, a busca de ajuda não é de médico psiquiatra, o que os levou a outros questionamentos sobre qual seria o nível ideal de ajudas profissionais a serem oferecidas a esta parcela da população.

NIEMI, em 1988 na Finlândia, relata que a freqüência de distúrbios psiquiátricos na população universitária oscila entre 6 a 29% e afirma que estes dados estão de acordo com a freqüência de distúrbios mentais da população em geral da mesma faixa etária . Seu trabalho tenta identificar quais são os principais sintomas que os alunos que procuram o serviço de saúde apresentam chegando aos seguintes resultados: ansiedade e medos representam 35%; depressão e solidão, 21% e dificuldades nos relacionamentos, 18%.

Após a década de 70 identificaram-se três tipos de estudos sobre a questão da saúde mental do estudante de terceiro grau:

I- Estudos que pesquisam usuários, basicamente enfocando a compreensão das diferenças entre aqueles que usaram os serviços de aconselhamento e de saúde mental e aqueles que não o fizeram.

II- Estudos de prevalência que apuram o número de universitários que apresentam um problema

específico durante um determinado período de tempo. Estes estudos podem ser subdivididos entre aqueles que usam instrumentos, escalas padronizadas ou protocolos de entrevistas realizados por profissionais de saúde mental, ou aqueles que usam dados de questionários auto-aplicáveis.

III- Estudos de incidência que consideram a frequência com que novos problemas surgem dentro de um período especificado.

Na maioria dos casos os estudos e pesquisas são combinações destes três tipos maiores acima citados.

Um estudo mais recente realizado na Universidade de Colúmbia, durante os anos 1986-1988, por BERTOCCI e colaboradores (1992), é um exemplo desta combinação. Os objetivos da pesquisa eram determinar quais as preocupações em termos de saúde mental dos estudantes, bem como quais suas preferências de tratamento através do serviço de saúde mental.

A partir de uma amostra aleatória composta por 782 estudantes, foram enviados questionários auto-aplicáveis em dois momentos diferentes, com espaço de um (1) ano entre eles. O número de respondentes correspondeu a 44%, ou seja, 344 estudantes. Foram pesquisados suas preocupações acadêmicas, relacionamentos amorosos, preocupações

psicológicas e problemas de saúde física. Além disso, foram levantados dados relativos ao uso de serviços para identificar as características dos usuários e não usuários. Suas principais conclusões foram:

I- As necessidades de saúde mental dos estudantes não podem ser identificadas e compreendidas unicamente com base nos usuários dos serviços.

II- Subgrupos de estudantes com problemas psicológicos significantes não estão recebendo ajuda profissional.

III- A Instituição deve envidar grandes esforços administrativos e econômicos para permitir a integração do serviço de saúde mental, educação em saúde, e assuntos estudantis, de tal forma que eles trabalhem em mútua colaboração.

Uma pesquisa realizada por LLOYD & MUSSER (1989) entre estudantes de odontologia identificou um nível de sintomas consideravelmente mais alto do que aquele anteriormente relatado na população em geral. Esses sintomas eram: somatizações, ansiedade, depressão e traços obsessivo-compulsivos, em ordem crescente. Na comparação com outras amostras (estudantes de medicina), a sintomatologia era bastante similar.

Os resultados apontam para a necessidade de maior atenção às necessidades de saúde mental específicas dos estudantes de odontologia.

Não encontramos até o presente momento nenhum trabalho descrevendo qualquer tipo de assistência específica a alunos de terapia ocupacional, ou ainda que façam referência ao envolvimento do profissional terapeuta ocupacional nesta forma de atenção à saúde mental do universitário.

A história da terapia ocupacional na área da psiquiatria e saúde mental é repleta de modelos de atenção e intervenção aos doentes mentais agudos e/ou crônicos, institucionalizados ou não (*Fidler 1954; Gonçalves 1964; Cerqueira 1973; Silveira 1979; Jorge 1980; Suliano Filho 1982; Hume & Pullen 1986; Wilson 1987; Scott & Katz 1988; Finlay 1988; Wilson 1988; Lancman 1990; Maximino 1990; Benetton 1991; Ferrari 1991; Miadaira 1991; Paganizzi 1991*).

Entretanto, carecemos de trabalhos que façam a vinculação entre a prevenção da doença mental e a promoção da saúde mental quer para a população como um todo, quer para um determinado segmento populacional.

## PROMOÇÃO DA SAÚDE E TERAPIA OCUPACIONAL

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), 1984, promoção da saúde é o processo de capacitação do indivíduo para que ele venha a ter o controle geral e melhora sobre seu estado de saúde global.

Para este estado de bem-estar físico, mental e social ser alcançado o indivíduo ou grupos de indivíduos necessitam ter a capacidade para identificar e perceber suas aspirações, satisfazer suas necessidades, mudar e/ou lidar com o seu meio. Isto representa uma estratégia mediadora entre o ser humano e seu meio, que pode ser sintetizada em uma escolha pessoal e uma responsabilidade social em relação à saúde para se criar e viver um futuro coletivamente mais saudável. As implicações desta estratégia envolvem cada país, região, macro ou micro comunidade, na promoção da saúde, com a participação de todas as pessoas que ali vivem para o desenvolvimento do bem-estar coletivo.

Estes pressupostos vieram para unificar a idéia e também reconhecer a necessidade de mudanças nas formas e na condição de viver bem e saudavelmente.

Em novembro de 1986, 38 países reunidos no Canadá sob os auspícios da O.M.S., durante a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, elaboraram a Carta de Ottawa, que estabeleceu diretrizes a serem atingidas até o ano 2000, em consonância com os objetivos da Declaração de Alma Ata (1978).

Destacamos alguns aspectos desta Carta, que mais se aproximam da terapia ocupacional. As condições básicas e pré-requisitos para a saúde, como já se sabe são: renda, moradia, alimentação, educação, justiça e equidade social, estabilidade do ecossistema e paz. Por estas razões a saúde é vista como um recurso do nosso viver cotidiano e não como um objetivo de vida. Portanto a promoção da saúde não é só responsabilidade dos serviços de saúde, mas atinge todos os outros níveis de atenção que se oferecem a uma comunidade, até a mesma atingir um modo de vida saudável e de bem-estar.

Nossas sociedades são complexas e inter-relacionadas e a saúde não pode ser separada dessas ligações intrincadas entre o homem e seu ambiente, que constituem a base para uma abordagem sócio-ecológica da saúde, muito em voga atualmente. O princípio que rege esta visão é o cuidar de si mesmo, do outro, da comunidade e de nosso meio ambiente.

As mudanças no padrão de vida, trabalho e lazer têm um impacto significativo na saúde do indivíduo ou de seu grupo. A promoção da saúde deve gerar condições de vida e trabalho que sejam sadias, estimuladoras, prazerosas e agradáveis.

A promoção da saúde prevê um desenvolvimento pessoal e social, através da provisão de informação, educação em saúde e o aumento qualitativo das habilidades para bem viver.

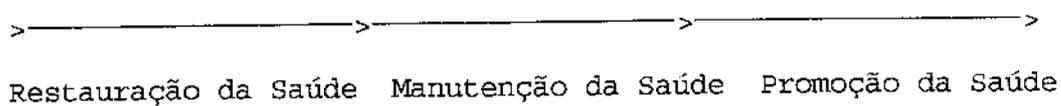
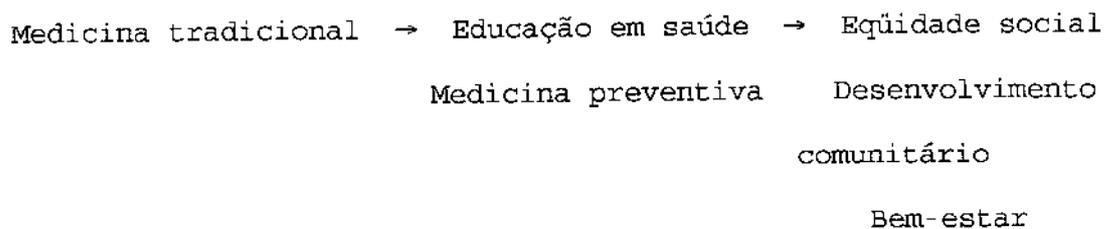
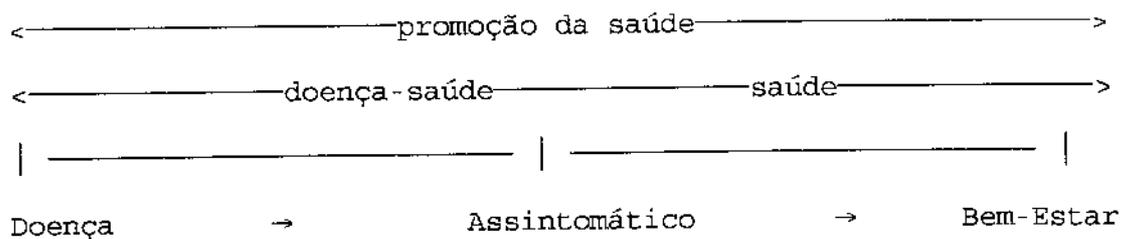
A responsabilidade para a promoção da saúde nos serviços de saúde deve ser compartilhada pelo indivíduo, seu grupo comunitário, por profissionais da área e instituições correlatas. Segundo ELIAS & MURPHY (1986), o espectro de cuidados com a saúde, abrange três aspectos: *"restauração da saúde, manutenção da saúde e a promoção da saúde"*.

A restauração da saúde se refere àquelas atividades dirigidas a todos os indivíduos doentes com a intenção de restaurá-los à sua máxima capacidade funcional.

A manutenção da saúde inclui atividades dirigidas a pessoas aparentemente saudáveis com o intento de prevenir doenças.

A promoção da saúde se refere a todas essas atividades citadas anteriormente incluindo ações comunitárias, políticas e sociais. São também direcionadas a indivíduos aparentemente saudáveis com

a intenção de ajudá-los a alcançar o bem-estar máximo. Em termos gráficos os autores representam a visão desses conceitos da seguinte forma:



Esquema proposto por ELIAS & MURPHY (1986), tradução livre da autora.

Os autores também sugerem que a terapia ocupacional e a promoção da saúde têm muito em comum, e que certamente existem definições dentro da Carta de Ottawa que poderiam ser usadas para descrever a própria terapia ocupacional. Usam como exemplo o enfoque de o trabalho dos terapeutas ocupacionais ser

o desenvolvimento das potencialidades de vida através do aumento das habilidades pessoais, auto-estima e satisfação no viver, que são vistos exatamente como os pré-requisitos para uma vida saudável e de bem-estar.

Segundo WILCOCK (1990), a Associação Australiana de Terapia Ocupacional, desde 1987, incorpora na sua definição e objetivos o que é terapia ocupacional para a promoção da saúde:

*"A terapia ocupacional está envolvida com a ocupação humana e a sua importância na saúde das pessoas de todas as faixas etárias.*

*Os terapeutas ocupacionais avaliam os fatores físicos, psicossociais e ambientais que reduzem a capacidade dos indivíduos em participar nas atividades e ocupações do cotidiano.*

*Os objetivos terapêuticos são alcançados através de técnicas ou atividades designadas para:*

- a) diminuir ou controlar patologias;*
- b) restaurar e/ou reforçar capacidades funcionais;*
- c) facilitar a aprendizagem de habilidades e formas de funcionamento que sejam essenciais para a adaptação ou produtividade;*
- d) **promoção e manutenção da saúde**" (grifo nosso).*

A promoção da saúde pode ser qualquer ação combinada de educação junto com a mídia, desenvolvimento comunitário, mudanças legislativas, fiscais e administrativas, intervenção profissional e readaptação funcional, mudanças tecnológicas e ambientais designadas a reduzir os índices de mortalidade em relação aos aspectos específicos do binômio doença - saúde, ou para aumentar a saúde física, mental e social da comunidade.

A promoção da saúde tem a ver com o dia-a-dia saudável, de tal modo que o indivíduo possa usufruir o melhor que a vida tem a oferecer, seja da forma como ele se alimenta ou como ele lida com o stress. É exatamente aí que a terapia ocupacional tem a responsabilidade da intervenção em promover a saúde do indivíduo, podendo-se usar as atividades de vida diária (A.V.Ds), e as atividades de vida prática (A.V.Ps) com qualidade, como sinônimo de estilo de vida saudável.

As implicações práticas e aplicações à situação de intervenção em terapia ocupacional têm grande chance de serem bem sucedidas em termos de promoção e educação em saúde, porque há um enfoque tanto por parte do cliente como por parte do terapeuta no seu "estado de saúde" como um todo.

Nesse sentido a forma de se avaliar um cliente através da sua história além dos dados

"clínicos", que normalmente são pesquisados, deve incorporar alguns aspectos específicos com relação à identificação de fatores de risco relacionados à saúde mais geral e ao bem-estar, tais como: padrões de alimentação e sono, uso de drogas não prescritas medicamente (incluindo-se aí níveis de consumo de álcool e hábito de fumar), atividades de lazer e bem-estar e a natureza geral do indivíduo.

Isto, em termos de atenção à saúde mental mais especificamente, poderia constar de um programa de atuação junto ao indivíduo ou a grupos da seguinte forma:

- encorajamento na mudança de estilo de vida para melhoria de sua qualidade, através de técnicas de relaxamento e controle do stress, ajuda no planejamento e manejo econômico, informação e controle sobre peso, preparo e boa forma física;

- atenção mais específica ao autodesenvolvimento com técnicas de assertividade, autoconfiança e habilidade de comunicação;

- garantia e disponibilidade de informação sobre uso e efeitos colaterais de medicamentos.

Estes programas podem ser desenvolvidos por profissionais da área de saúde e educação, bem como contar com o auxílio de agências comunitárias de prestação de serviços de promoção social e coletiva,

através de cursos e/ou grupos disponíveis na própria comunidade.

Todas as atividades desenvolvidas normalmente pelos terapeutas ocupacionais nas A.V.Ds e A.V.Ps, como cuidados com o vestir-se, grupos de culinária e educação alimentar, entre outras, devem incluir informação sobre saúde e bem-estar como seu primeiro objetivo de intervenção e devem ser compartilhados através de uma relação mais "educativa" do que "terapêutica" entre o paciente, terapeuta e o grupo.

Do ponto de vista do ensino em terapia ocupacional todas as formas e técnicas de promoção e educação em saúde devem fazer parte dos programas de graduação. Os estudantes de terapia ocupacional devem aprender a estar atentos à sua própria saúde e bem-estar. Os terapeutas ocupacionais devem aprender não somente o cuidar do(s) outro(s), mas também de si mesmos.

Para isto é necessário toda uma compreensão da elaboração no conteúdo curricular de tal forma que sejam incorporados nas disciplinas específicas todos os aspectos de informação e formação na promoção e educação em saúde. A grade curricular também deve incorporar, na prática, espaços destinados a uma vida acadêmica mais saudável de modo a minimizar o stress

do acadêmico, para que ele tenha tempo livre suficiente para cuidar de sua saúde e bem-estar.

O potencial da terapia ocupacional para promover a saúde é bastante grande. A profissão está atrelada a uma crença nas qualidades inerentes das atividades. A atividade é necessária para o bem-estar físico e emocional, portanto ela é "promotora de saúde".

Esta outra forma de perceber e fazer terapia ocupacional pode ser considerada inovadora se recorrermos ao processo histórico do próprio desenvolvimento da profissão e traçarmos uma analogia com a proposta descrita por ELIAS & MURPHY (1986), citados anteriormente.

Em recente trabalho apresentado no 11<sup>o</sup> Congresso Mundial de Terapia Ocupacional sobre o desenvolvimento dos serviços de saúde mental no Brasil e a inserção da terapia ocupacional nos mesmos, fizemos uma retrospectiva por décadas desde 1950 até os dias de hoje apontando como evoluímos enquanto categoria profissional e definimos nosso papel nas equipes multidisciplinares (HAHN, 1994).

Do modelo exclusivamente reabilitador de atenção terciária que permeou nossa prática de 1950-1970, inicialmente isolada e depois lentamente trabalhando com outros profissionais, passamos os vinte anos seguintes por um processo de profundas

modificações. Saindo do espaço restrito do ambiente hospitalar de atenção aos pacientes crônicos, passamos a integrar as equipes de ação de manutenção e prevenção nos locais de atenção secundária de cuidados à saúde, tais como os ambulatórios de saúde mental, centros de saúde, hospitais-dia, centros de atenção psicossocial, centros de convivência, ao longo desses últimos 15-20 anos.

Juntamente com os outros profissionais (médicos, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, etc.) renomeamos a terminologia daquele que recebia nossos cuidados. Os pacientes de ontem são hoje clientes e usuários, em consonância com o caminhar e os avanços da área de psiquiatria e saúde mental.

A década de 90 tem se mostrado profícua no avanço teórico, com a incorporação desses pressupostos na prática. Cada vez mais terapeutas ocupacionais se qualificam em atividades acadêmicas formais do tipo cursos de pós-graduação, aperfeiçoamento, entre outros, bem como têm assumido na prática cargos de direção e planejamento de serviços e programas de atenção à saúde mental.

A participação efetiva neste trajeto nos permite, junto com outros profissionais, viabilizar um programa do tipo "Serviço de Orientação e Educação em Saúde" (SOES) que tenta integrar na prática os

pressupostos teóricos descritos anteriormente, configurando-se como um programa de promoção de saúde, com ações e intervenções de natureza educativa e de aconselhamento dentro da comunidade universitária.

## IMPLANTAÇÃO E DESCRIÇÃO DO SERVIÇO

A proposta de implantação sistematizada de um Serviço de Orientação e Educação em Saúde (SOES), vinha-se tornando a cada momento mais necessária na medida em que vários acontecimentos e fatores relacionados à saúde mental de estudantes e servidores da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) haviam sido detectados e por algumas vezes abordados de forma assistemática no campus.

Como exemplo poderiam ser citados alguns tipos de problemas vivenciados pela comunidade universitária nos últimos dez anos (1980-1990), com alunos apresentando sérios distúrbios de comportamento, incidência de casos de abusos de álcool e drogas, surtos psicóticos (reativos ou não), alguns casos de suicídio e provavelmente a existência de uma série de outros acontecimentos que não chegaram a ser comentados e ou divulgados (*Hahn, Matsukura & Oliveira 1990*).

As tentativas de investigação sobre as questões de saúde em geral no campus, para possível implementação de programas, deram-se a partir de dois trabalhos do Departamento de Enfermagem, relatados por MORALEZ (1989). Em 1984, Ribeiro e Pilotto efetuaram um estudo junto aos alunos e serventes da

UFSCar, tentando verificar se os mesmos estavam atentos a questões de saúde e constataram um interesse bastante grande sobre o tema e também que os sujeitos estavam disponíveis a participar de atividades que oferecessem informações sobre o tema. Vaz e Santos, em 1986, implantaram um serviço de orientação sexual onde os alunos eram atendidos individualmente recebendo orientações a respeito de métodos anticoncepcionais e doenças sexualmente transmissíveis. Ao finalizarem seu trabalho as autoras constataram que em quase 50% das respostas dadas pelos sujeitos no instrumento de avaliação a respeito do programa, os alunos sugeriram novas formas de estruturação do serviço acrescido inclusive de orientação psicológica.

A partir desses dados que apontavam que a questão da saúde tanto física quanto psíquica era de interesse e necessidade dos alunos em nossa comunidade universitária, MORALEZ (1989) fez um levantamento junto ao segmento estudantil e detectou, conforme já mencionamos, que o assunto de maior interesse sobre as questões de saúde entre o alunado eram os relativos a problemas "emocionais" em 37% dos sujeitos pesquisados, seguidos de doenças sexualmente transmissíveis em 24,6%, toxicomania em 17,4% e métodos anticoncepcionais em 10,7%.

Frente a essa constatação realizou-se um trabalho com o objetivo básico de implantação piloto, de um serviço de orientação e educação em saúde, visando à implementação definitiva de um serviço permanente de atendimento a questões ligadas à esfera da saúde mental.

Seu trabalho foi calcado em dois procedimentos:

I - Desenvolvimento de palestras e debates sobre a questão da saúde mental do estudante universitário;

II - Orientação individual de alunos que a procuraram após divulgação desse programa piloto.

Esse projeto teve como retaguarda para os atendimentos que se fizeram necessários, o serviço de psiquiatria do Centro de Saúde local, o serviço ambulatorial de terapia ocupacional da própria universidade e consultórios psiquiátricos e psicológicos particulares.

Seu trabalho concluiu que era fundamental a institucionalização do programa, ou seja, que o SOES, fizesse parte dos recursos de atenção à saúde oferecidos aos alunos da universidade. *"O papel do SOES é essencialmente importante para elevar o nível da saúde mental dos estudantes, contribuindo inclusive para o exercício profissional desses alunos, bem como um ótimo campo de ensino e pesquisa para alunos e docentes da UFSCar"* (p. 27).

Baseando-se em todos os trabalhos já citados realizados na UFSCar, HAHN, MATSUKURA & OLIVEIRA (1990), autoras do Projeto de Implantação do Serviço de Orientação e Educação em Saúde, observam que a vida universitária exige um grau de mobilização interna nova e desafiadora podendo os alunos vivenciar situações de crise, entendidas aqui como um processo atípico na vida do sujeito com elevação do nível de tensão psíquica e com tempo de duração limitado.

O Projeto tem os seguintes objetivos:

- fornecer orientação à comunidade universitária quanto aos aspectos relativos à saúde;
- promover a saúde mental da população, comunidade universitária, através de orientação e intervenção em crise;
- prevenir a ocorrência da doença mental;
- esclarecer sobre a saúde e a doença mental;
- intensificar o desenvolvimento de pesquisas nesta área.

A população alvo a quem se destina o oferecimento de serviços por parte do Projeto é:

- alunos de graduação e pós-graduação da UFSCar e da USP-Campus de São Carlos, aproximadamente um total de 4500 alunos.

- servidores (funcionários técnico-administrativos e docentes) da UFSCar, em torno de 1250 pessoas.

O grupo de profissionais que vem desenvolvendo o Projeto é composto por dois enfermeiros e três terapeutas ocupacionais, todos docentes da UFSCar e com especialização clínica na área de psiquiatria e saúde mental. Além disso conta-se com dois assistentes administrativos que realizam o agendamento da clientela.

Os procedimentos utilizados por parte dos profissionais são:

**1) Triagem:** é atendido qualquer indivíduo (aluno ou servidor) que procure o Serviço através de encaminhamentos diversos, tais como, Departamento de Assistência Social (DAS), Secretaria Geral de Recursos Humanos (SGRH), Coordenações de Cursos, colegas, ou por interesse próprio, em horários pré-estabelecidos. O indivíduo é avaliado a partir de sua história/queixa, orientado quanto aos objetivos do serviço, esclarecido quanto à forma e frequência dos atendimentos e possibilidade de agendamento caso haja interesse e/ou necessidade em se utilizar do mesmo.

**2) Atendimento individual:** é atendido todo cliente que houver sido agendado pela triagem para desenvolver, em conjunto com o profissional habilitado, relacionamentos terapêuticos, tanto

verbais como com atividades, utilizando-se a forma de atuação prevista pelo modelo de psicoterapia breve e focal <sup>1</sup>. É previsto para cada atendimento um período aproximado de 50 minutos, não se ultrapassando um número máximo de doze atendimentos, a princípio, prevendo-se um atendimento semanal. Caso seja detectada a necessidade de outras intervenções (associação com tratamento medicamentoso, eventual internação e/ou outras formas de psicoterapia), o cliente é encaminhado a profissional especializado.

**3) Atendimentos grupais:** esta forma de atendimento prevê agrupar indivíduos com necessidades semelhantes através de uma intervenção coletiva, com técnicas específicas verbais e/ou com atividades tipo grupos operativos, orientações familiares, ou a moradias estudantis (alojamentos e repúblicas).

**4) Atividades educativas:** concomitante aos diversos tipos de atendimento, são realizadas atividades de caráter informativo, através de eventos (palestras, seminários, entrevistas em meios de comunicação) com a finalidade educativa, principalmente quanto à prevenção e desmistificação da questão saúde/doença mental.

**5) Atividades técnico-administrativas:** são realizadas periodicamente reuniões entre os

---

<sup>1</sup> Definição de psicoterapia registrada no Vocabulário de Psicanálise de Laplanche & Pontalis (1970, p.506) "Psicoterapia no sentido lato, qualquer método de tratamento das desordens psíquicas ou corporais que utilize meios psicológicos e mais precisamente a relação terapêutica e o doente...".

profissionais diretamente vinculados ao trabalho, para discussão de casos clínicos, aprofundamento teórico através de grupo de estudo e supervisão. Além disso, quando necessário, são realizadas reuniões e/ou relatórios de subsídios entre e para os diversos setores da universidade envolvidos mais indiretamente no trabalho, como, por exemplo, pró-reitoria de graduação, recursos humanos, com a finalidade de retaguarda e esclarecimento das ações psico-educacionais utilizadas com a clientela.

Para os procedimentos de n<sup>OS</sup> 1,2 e 5, é utilizada uma ficha única de triagem e acompanhamento (em anexo no final deste capítulo). Este instrumento serve para o registro de informações do cliente, pelo profissional que o atendeu. A utilização dessas informações somente é utilizada de acordo com os preceitos da ética profissional, pelos profissionais do SOES, para acompanhamento do cliente atendido e desenvolvimento de projetos de pesquisa relacionados ao tema.

Com relação a recursos físicos e materiais, o SOES funciona junto ao Departamento de Assistência Médico-Odontológica (DAMO), onde dispõe de uma sala para atendimento individual, equipada com uma mesa, três cadeiras e uma maca. No local ainda existe, para uso coletivo, uma sala de agendamento e espera, com sofá, telefone e um banheiro. O horário de

funcionamento do serviço é pré-estabelecido de acordo com a disponibilidade das profissionais, não ultrapassando um total de doze horas semanais.

Os dados abaixo relacionados são relativos aos quatro anos de funcionamento do Serviço, explicitando número de clientes atendidos discriminados por categoria funcional, número de atendimentos tanto na modalidade individual e/ou grupal, número de profissionais envolvidos (*Hahn & Oliveira 1990,1991,1992,1993*). .

## DADOS DOS ATENDIMENTOS RELATIVOS AO ANO DE 1990

- 01 - Total de Pessoas Atendidas - 59  
 02 - Números de Atendimentos - 189  
 03 - Número de Profissionais Especializados em  
 Psiquiatria e Saúde Mental - 03, sendo:  
   01 Enfermeira e  
   02 Terapeutas

## Ocupacionais

- 04 - Dados dos Atendimentos:

| Tipo de Clientela          | Sexo Masc. | Sexo Fem. | Total |
|----------------------------|------------|-----------|-------|
| Aluno da UFSCar            | 10         | 20        | 30    |
| Aluno da EESC-USP          | 06         | 01        | 07    |
| Docente da UFSCar          | --         | 03        | 03    |
| Funcionário UFSCar         | 05         | 08        | 13    |
| Familiares Funcion. UFSCar | 02         | 04        | 06    |
| Total Geral                | 23         | 36        | 59    |

## DADOS DOS ATENDIMENTOS RELATIVOS AO ANO DE 1991

01 - Total de Pessoas Atendidas - 64

02 - Número de Atendimentos - 159

03 - Número de Profissionais Especializados em  
Psiquiatria e Saúde Mental - 04, sendo:

02 Enfermeiras e

02 Terapeutas

Ocupacionais

04 - Dados dos Atendimentos:

| Tipo de Clientela          | Sexo Masc. | Sexo | Fem. |
|----------------------------|------------|------|------|
| Total                      |            |      |      |
| Aluno da UFSCar            | 08         | 18   | 26   |
| Aluno da EESC-USP          | 03         | --   | 03   |
| Docente da UFSCar          | --         | 01   | 01   |
| Funcionário UFSCar         | 03         | 14   | 17   |
| Familiares Funcion. UFSCar | 04         | 07   | 11   |
| Familiares Alunos UFSCar   | 05         | 01   | 06   |
| Total Geral                | 23         | 41   | 64   |

05 - Encaminhamento para outros profissionais - 25

## DADOS DOS ATENDIMENTOS RELATIVOS AO ANO DE 1992

01 - Total de Pessoas Atendidas - 61

02 - Número de Atendimentos - 233

03 - Número de Profissionais Especializados em  
Psiquiatria e Saúde Mental - 04, sendo:

02 Enfermeiras e

02 Terapeutas

Ocupacionais

04 - Dados dos Atendimentos

| Tipo de Clientela  | Sexo Masc. | Sexo Fem. |    |
|--------------------|------------|-----------|----|
| Total              |            |           |    |
| Aluno da UFSCar    | 13         | 27        | 40 |
| Aluno da EESC-USP  | --         | 03        | 03 |
| Docente da UFSCar  | 02         | --        | 02 |
| Funcionário UFSCar | 03         | 07        | 10 |
| Familiares e/ou    |            |           |    |
| Colegas            | --         | 06        | 06 |
| Total Geral        | 17         | 44        | 61 |

05 - Intervenções grupais para orientação - 01 (com 3 horas de duração)/5 pessoas; e 01 (com 1h e 30m de duração)/2 pessoas.

## DADOS DOS ATENDIMENTOS RELATIVOS AO ANO DE 1993

- 01 - Total de Pessoas Atendidas - 62  
 02 - Número de Atendimentos - 175  
 03 - Número de Profissionais Especializados em  
 Psiquiatria e Saúde Mental - 02, sendo ambos  
 Terapeutas Ocupacionais  
 04 - Dados dos Atendimentos

| Tipo de Clientela   | sexo masc. | sexo fem. |    |
|---------------------|------------|-----------|----|
| total               |            |           |    |
| Aluno da UFSCar     | 09         | 25        | 34 |
| Docente da UFSCar   | --         | --        | -- |
| Funcionário UFSCar  | 04         | 14        | 18 |
| Familiares funcion. | 02         | 07        | 09 |
| Familiares alunos   | 01         | --        | 01 |
| Total Geral         | 16         | 46        | 62 |



## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

### a) Objetivos

Considerando que o município de São Carlos, através de todos os seus recursos para a área de saúde, não dispõe de ações de promoção da saúde mental da comunidade como um todo, e tampouco as planeja, o SOES caracteriza-se como único serviço destinado especificamente à população universitária. Como esse serviço é recente, até o momento não se realizou nenhum estudo que caracterizasse a demanda, suas maiores necessidades, e nem que propusesse uma forma de avaliação da abrangência e adequação desse serviço a essa demanda.

Nesse sentido, é necessário inicialmente um estudo que detecte tanto a demanda existente que já procura o serviço, como suas características e principais necessidades.

O principal objetivo da pesquisa é caracterizar a população de alunos da UFSCar buscando verificar seus principais problemas e sintomatologia relatados referentes ao campo da saúde mental, e sua iniciativa quanto à procura de ajuda.

Como propostas secundárias teríamos a verificação dos métodos e técnicas de intervenção em termos da sua adequação aos objetivos do trabalho

proposto, quais sejam: promoção da saúde mental, prevenção da doença mental e intervenção em crises (conforme conceito descrito anteriormente) nesta população específica.

Interessa-nos sobremaneira verificar se os recursos terapêuticos utilizados pela terapia ocupacional, tais como orientações de trabalho e lazer, planejamento e organização de atividades de vida diária e prática (AVDs e AVPs), manejo de stress, técnicas de relaxamento, entre outros, são procedimentos técnicos viáveis e eficazes junto a esta clientela.

Isto possibilitará a médio e longo prazo desenvolver outros projetos, tais como formas de avaliação continuada que tragam subsídios ao serviço tanto em relação à sua eficácia quanto em relação ao seu planejamento e continuidade.

Os dados de caracterização da demanda poderão nos fornecer subsídios a respeito do serviço em termos do trabalho desenvolvido e se o mesmo corresponde às necessidades e anseios de quem o procura. Ainda nos fornecerão indicativos sobre se o serviço tem formulado propostas de intervenção adequadas a quem se destina.

## b) Método

Os procedimentos metodológicos não foram únicos e lineares.

Por se tratar de um estudo descritivo, atém-se a objetivos e não a hipóteses. Trata-se de um estudo não experimental retrospectivo com uma população definida (estudante universitário), da qual se elegeu uma amostra (seleção de prontuários a serem estudados) para fins de observação e coleta de dados.

A obtenção das informações que compuseram os prontuários dos quais se derivou a coleta de dados foi feita através do procedimento clínico assistencial.

De acordo com ALMEIDA FILHO & ROUQUAYROL (1990), clínica e epidemiologia interagem metodologicamente, servindo-se mutuamente como fontes de problemas científicos e de pesquisa. Segundo os autores, *"... os instrumentos de investigação epidemiológica constroem-se sempre por referência a um padrão oriundo, em última instância, da observação clínica"* (p.17). No mesmo texto ainda é ressaltada a importância com que a epidemiologia tem revestido os desenhos de pesquisa que originalmente eram desenvolvidos para clínica exclusivamente, dando a ela atualmente um caráter mais ampliado para ser aplicado às populações.

Enquanto terapeuta ocupacional, atuando na clínica, nossa referência de trabalho nas avaliações e evoluções durante os atendimentos é a de compreender as relações do pensar e agir do indivíduo no seu cotidiano. Essas relações podem ser decodificadas pelo profissional através das diferentes ações.

A ação do sujeito pode ser expressa de inúmeras formas, quer pelo conjunto infinito de realização de atividades, quer pela ação do falar. Ambas ações (fazer e falar) são passíveis de ter uma dimensão simbólica, podem ou não sofrer uma atitude interpretativa por parte daquele que as vê e/ou as escuta.

Essas ações podem ser identificadas e ter significados que devidamente ordenados podem se transformar numa compreensão psicológica mais precisa.

Do ponto de vista da pesquisa propriamente dita utilizamos alguns parâmetros da pesquisa-ação.

Uma das definições para pesquisa-ação é a que THIOLENT (1986) preconiza, afirmando que "*é um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão*

*envolvidos de modo cooperativo ou participativo"* (p.14).

Estas idéias poderiam ser confrontadas com as concepções desenvolvidas por BARBIER (1977), com relação ao mesmo assunto, que entende a pesquisa-ação como uma atividade de compreensão e de explicação do fazer/acontecer de determinados grupos sociais, *"... com ou sem envolvimento de especialistas em ciências humanas e sociais práticas, com o fito de melhorar essa práxis"* (p. 156).

O mesmo autor ainda define a pesquisa-ação institucional como *"...um tipo particular de pesquisa-ação cujo objeto refere-se ao campo institucional no qual gravita o grupo em questão"* (p.156).

A qualificação de pesquisa-ação pode se dar sem nenhuma ambigüidade quando houver realmente uma ação/intervenção por parte da(s) pessoa(s) implicada(s) no problema em observação. Nesse tipo de trabalho o pesquisador desempenha um papel ativo no equacionamento dos problemas encontrados, na avaliação e na evolução das ações/intervenções desencadeadas em função do problema principal e dos problemas secundários.

THIOLLENT também nos aponta qual deve ser a atitude de alguém envolvido na pesquisa ação: *"a atitude do pesquisador é sempre uma atitude de*

*"escuta", e de elucidação dos vários aspectos da situação, sem imposição unilateral de suas concepções próprias" (p. 17).*

Identificamo-nos com o pensamento dos dois autores citados, uma vez que nos parece que esta forma de pensamento compõe a estratégia clínico-terapêutica e de pesquisa da qual nos servimos.

A **análise dos dados** obedeceu aos pressupostos do método epidemiológico. O conceito de epidemiologia proposto por ROUQUAYROL (1991) é utilizado como referência, uma vez que nos parece o mais abrangente e de acordo com as propostas de nosso trabalho.

Epidemiologia: *"... ciência que estuda o processo saúde-doença na comunidade, analisando a distribuição e os fatores determinantes das enfermidades e dos agravos à saúde coletiva, propondo medidas específicas de prevenção de controle ou de erradicação" (p.7).*

Explicitando este conceito em relação ao nosso objeto de estudo, teríamos que o "processo saúde-doença", pelo qual uma determinada comunidade passa (em nosso caso o coletivo de estudantes universitários), trata do desgaste psíquico ao qual o mesmo é submetido, exigindo-lhe um funcionamento biológico, psicológico e social diferente do seu

normal e com conseqüências para o desenvolvimento regular de suas atividades cotidianas.

Ainda, segundo a mesma autora, é fundamental o conhecimento das circunstâncias sob as quais ocorrem os agravos à saúde de uma determinada comunidade. Este conhecimento pode ser adquirido pela aplicação da epidemiologia descritiva, que prevê o conhecimento da distribuição de uma doença ou de um evento numa determinada população. Ela também é capaz de determinar a freqüência desta doença, o evento, quem ele acomete, onde e quando ocorre.

Em consonância com estes pressupostos encontramos a definição de LESER *et al.* (1985): "*A primeira etapa do método epidemiológico, freqüentemente referida como epidemiologia descritiva, consiste, então, na descrição da distribuição em termos de freqüência, das condições de saúde e da ocorrência de doenças, em diferentes populações ou em diferentes grupos de uma mesma população, ou em tempos diferentes para uma mesma população*" (p.13).

A utilização deste método torna possível a descrição da extensão dos padrões de distribuição de um determinado comprometimento à saúde física e/ou mental dos indivíduos na sua comunidade, para fins de comparação e estudos de eventuais associações entre as variáveis pesquisadas (tempo e freqüência de

ocorrência, atributos pessoais como idade, sexo, estado civil, entre outros). A finalidade intrínseca do método seria a possibilidade de aumentar nossa compreensão das causas deste comprometimento e como elas podem ser mais efetivamente manejadas, tanto do ponto de vista da terapêutica quanto do planejamento de serviços.

**c) Material:**

Utilizamos como elementos para nossa pesquisa e análise de dados os relatos escritos das entrevistas, sessões de avaliação e evolução dos clientes atendidos pelo SOES. Esses relatos basearam-se em anotações que compunham os prontuários, realizadas durante e após as sessões com os clientes, mediante a anuência deles.

O total de alunos atendidos ao longo dos quatro anos de implantação e funcionamento do SOES foi de cento e quarenta e três. Para que fossem evitados vieses metodológicos optamos por fazer a caracterização da demanda e perfil de morbidade apenas dos alunos atendidos por esta pesquisadora, o que reduziu a amostra para fins deste estudo a um total de sessenta e seis alunos, equivalente a 46,15% do total.

Os demais alunos foram excluídos por não ter havido, à época da criação do Serviço, uma

homogeneização a respeito do tipo de entrevista e atendimento a ser feito pelos diferentes profissionais para fins de pesquisa. Os procedimentos da clínica, no caso entrevistas livres e diferentes linhas de abordagem teórica para a intervenção, poderiam levar a uma possível "não confiabilidade" de dados a serem coletados para fins desse estudo. O fato de os conteúdos escutados e descritos não terem sido coletados por um único profissional poderia levar a nuances que adviriam da leitura e análise dos prontuários descritos pelos colegas e incorreriam num possível equívoco de hipóteses diagnósticas por parte da pesquisadora.

**d) Procedimentos:**

Dos prontuários foram utilizados dados tais como sinais e sintomas relatados e/ou percebidos que foram cotejados com os padrões da Classificação Internacional de Doenças - CID-9.

Para este cotejamento foi utilizada a forma de "avaliação" entre pares, ou procedimento de "juízes". Juízo aqui não está sendo utilizado como forma de julgamento ou critério de valor. O juízo não nos diz muito sobre a realidade física, e sim nos diz da realidade social, não sendo portanto verdadeiro ou falso e sim aceitável ou não pela maioria.

Os prontuários foram lidos pela pesquisadora para um psiquiatra, e por meio de consenso era elaborada uma hipótese diagnóstica. Alguns casos, entretanto, ficaram sem possibilidade diagnóstica, ou por não apresentarem dados que fornecessem elementos para uma hipótese, portanto não sendo classificados como tendo qualquer comprometimento mental, ou porque o conjunto de elementos coletados não se enquadrava nas categorias diagnósticas existentes. Os poucos casos onde não houve consenso foram eliminados.

Embora, desde junho de 1993, a CID-10 na sua versão brasileira tenha sido apresentada editorialmente ao país, optamos pela utilização da versão anterior pelo fato de os dados terem sido coletados à época da vigência da CID-9, principalmente pela familiaridade de seu manuseio e ainda por se tratar, no presente momento (1994), da versão mais conhecida e em vigor em nosso meio. A não utilização dos critérios do Diagnostic and Statistical Manual-Revised (DSM III-R) foi a sua complexibilidade para a composição de hipóteses diagnósticas e por ser um instrumento quase que só utilizado por psiquiatras.

Foi selecionado um conjunto de outros elementos para análise, bastante objetivos, que nos possibilitaram criar alguns parâmetros e/ou

comparações entre a população estudantil da universidade como um todo.

Os dados relativos a sexo, curso e semestre no qual o aluno está matriculado foram cotejados com os fornecidos pela Divisão de Informação e Controle Acadêmico (DICA) e secretarias dos cursos de Pós-Graduação da UFSCar.

Com relação aos alunos da graduação, optamos por utilizar os dados fornecidos pela DICA, relativos ao 2º semestre letivo de 1991 e ao 1º semestre de 1992, que foram enviados em relatórios oficiais sobre a população estudantil da UFSCar ao Ministério da Educação e Cultura (MEC), em 30-09-1991 e 30-04-1992, respectivamente.

A deliberação dessa opção foi devida a um conjunto de fatores:

**a)** o número total de alunos da universidade tem uma flutuação quase que diária, em função de abandonos, trancamento de matrículas, transferências extra-institucionais, óbitos, entre outros.

**b)** o número total de alunos difere em torno de 20% de um semestre para outro devido ao fato de a universidade ter tido até o ano de 1986 exames vestibulares e admissão de novos alunos no meio do ano, e também por não ter havido vestibular ao longo do ano de 1987, o que acabou por refletir nas

conclusões dos mesmos tanto em julho quanto em dezembro.

Acrescente-se ainda que a matrícula é semestral tendo os cursos entre 8 (no mínimo) e 10 (no máximo) semestres de duração, porém é facultado ao aluno estender este prazo em função de reprovação ou trancamento de matrícula, o que faz com que as conclusões de curso não se dêem de forma regular, prevalecendo, entretanto, uma maior porcentagem de formandos em dezembro.

c) em função de entrada única por vestibular a partir de março de 1988, o número total de alunos da universidade sempre é maior no 1º semestre.

d) a partir do 2º semestre de 1992 a Secretaria de Informática (SIN) assumiu o controle de dados dos alunos da graduação, implantando o Sistema de Automação Universitária (SAU), que gerou alguns problemas de funcionamento no seu início, eventualmente acarretando a perda de alguns dados.

e) o ano de 1993 foi marcado pela implantação de três novos cursos na universidade em dois campi diferentes o que resultou num aumento do número total de alunos.

Este conjunto de fatores poderia eventualmente alterar os dados que seriam utilizados para efeito de comparação. Nesse sentido a utilização dos elementos fornecidos pela DICA, embora de dois

anos diferentes, pareceu-nos mais fidedigna e representativa uma vez que os mesmos também retratam o momento intermediário do período de atendimento do Projeto SOES.

Com relação aos dados dos alunos de pós-graduação foram utilizados os fornecidos pelas secretarias de cada um dos catorze cursos de mestrado e oito de doutorado relativos ao ano de 1992, uma vez que a Pró-Reitoria de Pós-Graduação (ProPG) não dispunha de um sistema de informação integrado.

Alguns problemas semelhantes aos dados da graduação se repetiram com relação ao número total de alunos da pós-graduação. O primeiro se refere ao fato de que os diversos cursos de pós-graduação têm diferentes sistemáticas de admissão, quais sejam: fluxo contínuo, seleções semestrais, anuais ou bienais. O segundo é a possibilidade de o mesmo aluno ser computado duas vezes, uma vez que pode estar no início do ano no mestrado e no final deste mesmo ano no doutorado.

Embora existentes, estes casos foram raros e não comprometeram as comparações feitas com a população pós-graduanda.

Os clientes cujos prontuários foram analisados para fins deste estudo tinham aprioristicamente o mesmo conjunto de informações a respeito do SOES e compareceram ao serviço

voluntariamente e/ou encaminhados em busca de algum tipo de ajuda.

As fontes de divulgação e informação da existência do SOES são: Manual do Estudante, distribuído aos alunos calouros a cada início de ano; Boletim Informando e Jornal da Federal, divulgados pela Reitoria; o próprio Departamento de Assistência Médico-Odontológica (DAMO), através de seus profissionais (médicos e pessoal de enfermagem); Secretaria Geral de Assuntos Comunitários (SGAC), através de seu Departamento de Serviço Social; Coordenações de Cursos de Graduação e Pós-Graduação.

O aluno, ao solicitar atendimento, era agendado pelos assistentes administrativos do DAMO para uma entrevista inicial de avaliação em dia e hora marcados. Ao seu primeiro comparecimento era-lhe explicada a natureza do SOES, quem iria atendê-lo, por quanto tempo e eram-lhe fornecidas as garantias de sigilo e ética profissional. A entrevista inicial constava do preenchimento dos dados da ficha padrão do SOES (vide página 52) e o aluno era então convidado a relatar o motivo de sua procura de ajuda.

Utilizamos como técnica para esse tipo de entrevista a chamada entrevista clínica que segundo NAHOUM em seu clássico trabalho, "*... foi também chamada de entrevista não estruturada, entrevista aprofundada (the depth interview), entrevista livre,*

não dirigida, etc. Observemos logo que a característica comum principal é a ausência de standardização formal e a preocupação de estruturar psicologicamente a entrevista de modo que o indivíduo seja levado a expressar livre e completamente suas opiniões e atitudes com referência ao objeto da pesquisa, assim como os fatos e motivações que constituem o contexto" (Nahoum, 1978, p. 56-57).

Entretanto, concordamos integralmente com a ressalva feita a esta técnica de entrevista por ASSUMPÇÃO (1977): "Evidentemente, C. Nahoum só se preocupou com a estruturação do ponto de vista da organização da temática, a nível de informação sistematizada. Diversamente poder-se-ia considerar exatamente o oposto, pois o mais importante do ponto de vista diagnóstico não é esse arrolamento de dados objetivos (datas, nomes, acontecimentos, ordem de aparecimento dos temas), **mas as relações em que eles aparecem no discurso**" (grifo nosso, p. 15). A mesma autora ainda enfatiza as contribuições ilimitadas para o diagnóstico através desta técnica de entrevista desde que a mesma seja bem feita.

Ao final da entrevista era proposta ao aluno, em função de seu relato, uma conduta específica para seu caso, que poderia ser: retorno com uma proposta de intervenção ou encaminhamento

para outros profissionais ou apenas um aconselhamento e dispensa de voltar ao Serviço.

No caso de concordância do cliente com a conduta proposta, os retornos para intervenção eram novamente agendados com dia e hora marcados.

Todas as sessões de entrevista inicial e/ou intervenção tinham o mesmo tempo de duração, em torno de 50 a 60 minutos, e eram realizadas sempre no mesmo local, nas duas salas disponíveis para atendimento no DAMO. As salas continham uma mesa, duas ou três cadeiras, uma maca, uma pia e não ofereciam as condições ideais de iluminação, ventilação e isolamento acústico.

O número de sessões era variável dependendo da necessidade de cada cliente, não ultrapassando a 12 sessões (a não ser em caso de excepcionalidade e necessidade) pelos preceitos teóricos que regem o SOES conforme descrito no capítulo "Implantação e Descrição do Serviço".

A transcrição das anotações dos atendimentos era feita logo após as sessões, diretamente no prontuário do cliente. Os dados coletados foram distribuídos em 11 categorias distintas: sexo, idade, estado civil, procedência, moradia, curso, semestre, forma de encaminhamento, número de sessões, tipo de alta e hipótese diagnóstica, e foram tabelados para fins de análise.

## ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os dados foram analisados dentro de cada um dos itens previamente relacionados e devidamente catalogados.

A primeira parte desta análise contemplará apenas os itens separadamente, não traçando correlação entre os mesmos.

Num segundo momento alguns itens serão correlacionados para uma análise mais aprofundada, tais como, procedência e moradia; semestre e forma de encaminhamento.

### 1) Sexo:

O SOES como um todo ao longo de seus quatro anos de funcionamento atendeu um total de cento e quarenta e três alunos distribuídos em noventa e quatro do sexo feminino correspondendo a 65,73%, e quarenta e nove do sexo masculino que são os 34,17% restantes.

Do total dos sessenta e seis prontuários pesquisados, quarenta e seis são pertencentes a clientes do sexo feminino e os vinte restantes a clientes do sexo masculino, sendo a clientela feminina correspondente a 69,69% dos clientes atendidos por esta pesquisadora.

Estes números revelam uma semelhança entre si e também refletem a experiência de outros autores que realizaram estudos semelhantes tanto no país como no exterior.

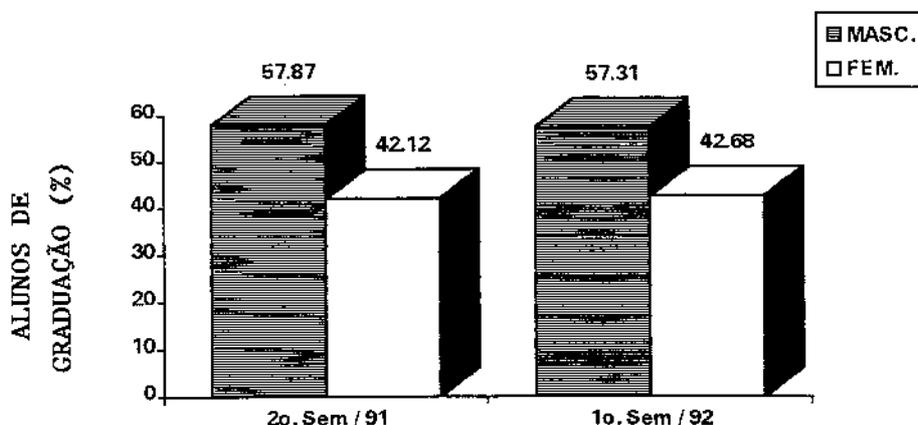
LORETO (1985) relata que os dados obtidos da população feminina atendida em seu serviço de assistência psicológica e psiquiátrica a estudantes da Universidade Federal de Pernambuco respondiam por 58% do grupo total atendido, e afirma: *"É provável que essa proporção seja superior à de representação feminina na população estudantil de nível superior do estado nos vinte e dois anos abrangidos pela pesquisa, mas infelizmente não me foi possível obter os dados necessários para realizar a devida comparação"*(p. 95).

Nossos dados confirmam esta hipótese levantada pelo autor, pois, no universo de alunos da graduação utilizado para fins dessa pesquisa, constatamos que os alunos do sexo masculino representam aproximadamente 57% do total de alunos da UFSCar, independentemente do semestre que se utilize para tal comparação, conforme ilustrado pelo gráfico a seguir, onde os dados do 2º semestre de 1991 e 1º semestre de 1992 foram escolhidos aleatoriamente e fornecidos pela Divisão de Informática e Controle Acadêmico (DICA), conforme descrito nos procedimentos metodológicos.

### DISTRIBUIÇÃO DOS ALUNOS DA GRADUAÇÃO POR SEXO

No. total de alunos do 2o. sem. / 91 - 2312 (1338 masc., 974 fem.)

No. total de aluno do 1o. sem. / 92 - 2912 (1669 masc., 1243 fem.)



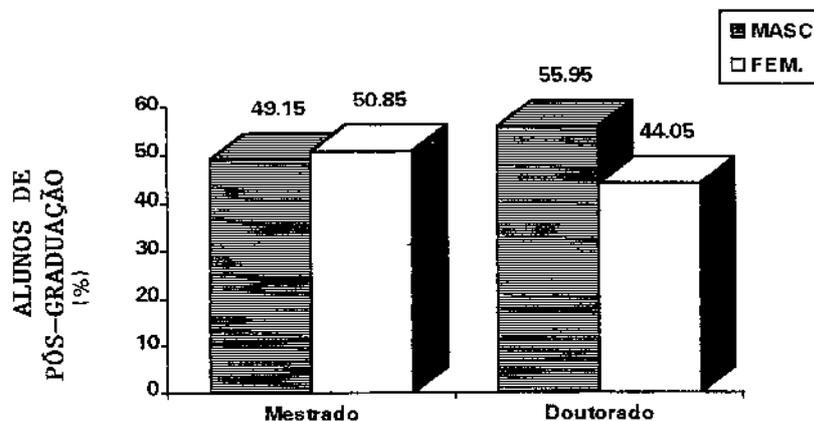
Na amostra dos alunos de pós-graduação esta constatação não pode ser realizada uma vez que não temos como cotejá-la com trabalhos específicos sobre o assunto. Entretanto, o pequeno número de pós-graduandos analisados neste trabalho (5 prontuários) refletem a mesma tendência - três do sexo feminino, o que representa 60% do total.

Por outro lado o universo de pós-graduandos na UFSCar durante o ano de 1993, escolhido para ilustrar esta tendência, apresenta um maior equilíbrio entre a população masculina e feminina se comparado com o da graduação, conforme o gráfico a seguir:

### DISTRIBUIÇÃO DOS ALUNOS DE PÓS-GRADUAÇÃO POR SEXO

No. total de alunos de mestrado - 525 (258 masc., 267 fem.)

No. total de alunos de doutorado - 252 (141 masc., 111 fem.)



ANO 1993

Em um dos raros trabalhos onde alunos de pós-graduação são mencionados com destaque, podemos encontrar uma possível explicação para a baixa procura desse contingente estudantil segundo HOIRISCH, BARROS & SOUZA (1993). Os autores supõem que os alunos de cursos de pós-graduação estejam com o seu processo de maturação de personalidade bem adiantado, o que os levaria a lidar com os fatores de stress, angústia e ansiedade de forma mais adequada.

Sobre a maior frequência de uso de serviços por parte da população estudantil feminina parece haver um consenso tanto no que se refere ao aspecto histórico-temporal quanto ao aspecto geográfico.

GIGLIO (1976) faz uma retrospectiva dos anos 1950 a 1970, apontando que tanto trabalhos realizados

nos EUA como no Canadá, independentemente de serem com sujeitos de zona urbana ou rural, todos exibem uma freqüência maior de distúrbios emocionais entre pessoas do sexo feminino.

Esses achados podem ser corroborados com os dos autores NAGELBERG & SHERBERG (1980), STANGLER & PRINTZ (1980), nos EUA, e ainda O'NEIL, LANCEE & FREEMAN (1984), no Canadá, que realizaram estudos em diferentes universidades e também encontraram uma prevalência maior de clientes do sexo feminino.

Nessa mesma década, NIEMI (1984), na Finlândia, faz um levantamento de uso de serviços de saúde mental por parte de dois grandes contingentes estudantis (área de humanas e área de ciências) e constata que em ambos a prevalência feminina é de 1,5 a 2,0 para 1,0 do sexo masculino.

NUCETTE (s.d.), na Venezuela, embora realize uma avaliação médico-psicológica somente com estudantes de medicina, também constata que em torno de 63% dos atendimentos foram dispensados às alunas.

Estudos realizados por FORTES & ABDO (1981), entre os anos 1976 e 1978, no Serviço de Saúde e Higiêne Mental (SSHM) da Coordenadoria de Saúde e Assistência Social da USP (COSEAS), revelam que 60% dos atendimentos realizados foram a alunas. Trabalho mais recente realizado por FERNANDEZ e RODRIGUES (1993), junto à população estudantil universitária

atendida no ambulatório da Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto durante os anos 1983 e 1992, mais uma vez revela a prevalência de alunos do sexo feminino em 67%, restando ao sexo masculino 33%.

Todos os valores apontados revelam bastante semelhança entre si e estão bastante próximos aos encontrados em nosso trabalho.

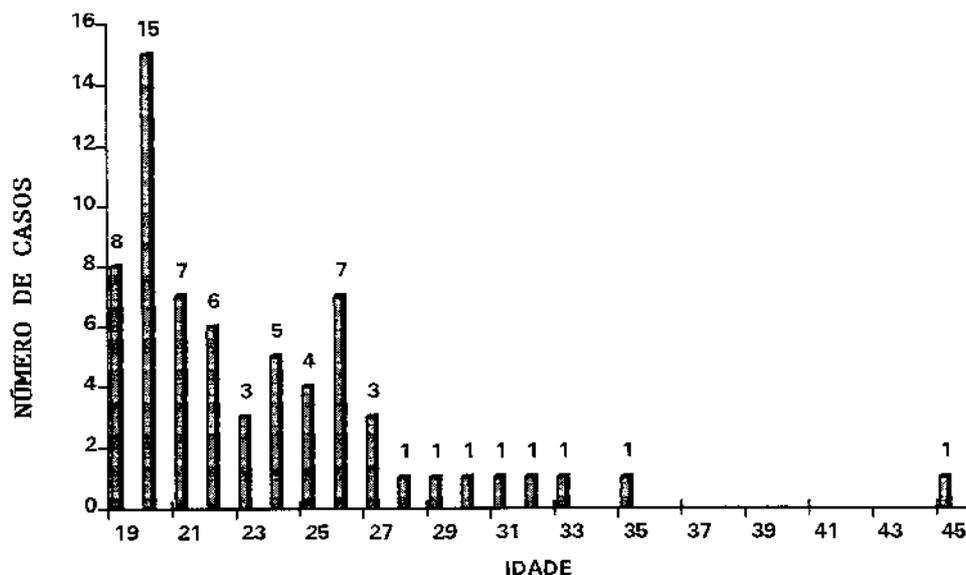
## 2) Idade:

Entre os sessenta e seis prontuários verificamos que há uma grande concentração na faixa etária entre 19 e 22 anos, o que representa 54,55% de nossa amostra, havendo uma dispersão nas demais idades compreendidas entre 23 a 45 anos que representam os 45,45% restantes.

A idade média dos sessenta e seis alunos é 23,42 anos, sendo o desvio padrão 4,64, e a variância mínima e máxima 19-45 anos respectivamente. A idade modal predominante é 20 anos.

O gráfico a seguir ilustra a distribuição do número de casos por faixa etária.

## DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE CASOS POR FAIXA ETÁRIA



Em se comparando estes números com os da faixa etária dos alunos da universidade em geral, verificamos, segundo informações fornecidas pelo Sistema da Automação Universitária (SAU), que a faixa etária média de nossos alunos por sexo e semestre nos anos de funcionamento de nosso serviço está assim distribuída:

| ANO  | SEMESTRE<br>LETIVO | IDADE MÉDIA POR SEXO |          |
|------|--------------------|----------------------|----------|
|      |                    | MASCULINO            | FEMININO |
| 1991 | 1º                 | 22 anos              | 22 anos  |
|      | 2º                 | 23 anos              | 22 anos  |
| 1992 | 1º                 | 22 anos              | 22 anos  |
|      | 2º                 | 23 anos              | 22 anos  |
| 1993 | 1º                 | 22 anos              | 22 anos  |
|      | 2º                 | 22 anos              | 22 anos  |

Entretanto, estes dados se referem aos alunos da graduação como um todo num dado momento do curso, não se dispondo de dados exatos quanto ao período em que estão matriculados. Entende-se aqui por período, o semestre/série no qual estão matriculados, o que pode ser, em termos do tempo de duração de um determinado curso, do 1º ao 10º período. Este é o fator explicativo da homogeneização etária tanto por semestre como por sexo. Em relação aos alunos da pós-graduação este dado não esteve disponível.

Por outro lado nossos dados são compatíveis com os de outras pesquisas, que também estudaram prontuários retrospectivamente com amostras de tamanho semelhante. Um grupo de setenta alunos da Faculdade de Medicina da Universidade del Zulia na

Venezuela, estudado por NUCETTE na década de 80, registrou uma porcentagem de 48,57% dos alunos entre as faixas etárias de 19 a 21 anos.

Em outro trabalho com amostra maior, de 123 prontuários ao todo, dos quais apenas quarenta e cinco referentes a estudantes de medicina analisados em relação ao item faixa etária, FERNANDEZ e RODRIGUES (1993) encontraram nesta amostra parcial uma concentração de 80% dos alunos entre as idades de 20-24 anos, ressaltando ainda que estas foram as idades em que deram início à busca de algum tipo de auxílio psicológico e/ou tratamento.

LORETO (1985), caracterizando uma amostra bem maior, de 1315 clientes que ao longo de 22 anos (1957-1979) se utilizaram do serviço de Assistência Psicológica e Psiquiátrica, na Universidade Federal de Pernambuco, observou que 77,9% tinham idade inferior a 25 anos, distribuídos em 242 casos na faixa etária compreendida entre 17 e 20 anos, e os restantes 783 entre 21 e 25 anos.

É necessário ressaltar que, por se tratar de uma clientela universitária, os limites etários se situam numa faixa bastante estreita pelas características intrínsecas de desenvolvimento e evolução acadêmica do indivíduo normal.

Nesse sentido GIGLIO (1976) relembra que via de regra a população universitária inclui "uma

*pequena parcela de pessoas no final da adolescência e a grande maioria no início da vida adulta" (p. 30).* Em seu estudo num total de 342 questionários aplicados, a maioria dos respondentes se situavam entre 18 e 23 anos, representando 78,07% da amostra total.

OFFER & SPIRO (1987) tecem interessantes considerações sobre se o estudante universitário é um adolescente ou um adulto jovem e para isto fazem uma breve retrospectiva histórica desde os conceitos dos adolescentes guerreiros greco-romanos que desempenhavam funções de adultos até os dias atuais quando às vezes é possível se encontrar um universitário com mais de 25 anos ainda dependente dos pais e com status de adolescente. Os autores, nesse mesmo estudo sobre adolescentes que iniciam um curso superior, ainda apontam que os índices de alunos com problemas de natureza psicológica ou psiquiátrica desde a época do colegial tendem a se manter quando entram na faculdade, não tendo havido decréscimo ou acréscimo nesses índices na amostra de 260 casos estudados por eles entre os anos 1983-1985.

HOIRISCH, BARROS & SOUZA (1993) também apontam que *"a realização de um curso superior coincide com o final da adolescência e o início da idade adulta, e que este fato tem conotações específicas..." (p. 106).*

Em nossa opinião pelas características de desenvolvimento e as funções a serem assumidas a partir do momento em que se é universitário, consideramos este segmento populacional composto por adultos jovens em quase sua totalidade.

### 3) Estado civil:

A grande maioria dos clientes pesquisados é solteira. Em nossa amostra este número corresponde a sessenta prontuários e equivale a 90,90%; cinco são casados correspondendo a 7,57% e apenas um é separado respondendo pelos 1,51% restantes. Dos cinco casados dois são alunos da pós-graduação e três da graduação o que em termos da amostragem geral, equivale a uma porcentagem de 40% dos alunos pós-graduandos dado ser uma amostra de apenas cinco.

Em alguns dos trabalhos pesquisados que propõem traçar características, perfil e morbidade de estudantes universitários nem sempre o dado de estado civil é considerado (*Stangler & Printz 1980; O'Neil et al 1984 e Nucette s.d*).

De acordo com HOIRISCH, BARROS & SOUZA (1993), "*proporcionalmente são poucos os alunos que chegam ao ensino superior já casados ou se casam antes de completar o curso*" (p. 103).

GIGLIO (1976) dedica em seu trabalho inúmeras considerações em relação a estado civil e

saúde mental, recorrendo ao clássico trabalho de Bastide, "Sociologia das Doenças Mentais", como referência para as explicações das influências do grupo familiar/casamento sobre a saúde mental dos indivíduos. Em sua amostra entretanto também encontra maioria absoluta (95,32%) de estudantes solteiros. Estes valores também são encontrados nos trabalhos de NALGELBERG & SHEMBERG (1980), 96,8%; LORETO (1985), 93,4% e FERNANDEZ & RODRIGUES (1993), 95,54%, e refletem concordância com a nossa amostra.

NIEMI (1984), em seu trabalho na Finlândia, faz uma caracterização de clientela e encontra dados como faixa etária e sexo semelhantes aos nossos e aos dos autores anteriormente citados, embora no item estado civil relate uma porcentagem de 21 a 25% de estudantes casados e não trace nenhuma análise ou comentário sobre este fato, o que pode nos levar a pensar na hipótese de que se trata de um dado que reflete a situação local, do ponto de vista cultural e/ou social.

#### **4) Procedência:**

A procedência geográfica da amostra pesquisada expõe um grande contingente de alunos vindos de outros locais que não a cidade de São Carlos. Entre os sessenta e seis prontuários pesquisados apenas dez são de alunos já moradores da

mesma cidade na qual a universidade está localizada, representando 15,15% de nossa amostra total. Os demais, 56 alunos, correspondendo a 85,85%, são provenientes majoritariamente de outras cidades do interior paulista (35 casos), seguidos dos provenientes da capital do Estado de São Paulo (13 casos), e os restantes (8 casos) se dispersando entre outros estados do território brasileiro (7 casos) e um (1) aluno Convênio provindo de outro país.

Esta distribuição da procedência do alunado parece refletir a origem dos estudantes em geral, embora não tenhamos os dados para comparação na UFSCar como um todo.

Empiricamente podemos dizer que de um modo geral os campi de outras universidades, pelo menos no interior paulista, apresentam semelhanças bastante grandes entre a procedência de seu alunado.

Entre os inúmeros autores pesquisados poucos analisam este dado. LORETO (1985), por exemplo, somente constata a naturalidade de seus 1315 casos pesquisados afirmando que *"68,8% eram pernambucanos, 16,3% eram de outros estados da região nordestina e 4,8% eram de outras regiões do país ou estrangeiros"* (p. 98-99). GIGLIO (1976), referindo-se a Rabello, relata que na UNICAMP em 1971, 68,7% dos alunos provinham de famílias de fora da cidade de Campinas, e em 1974 este contingente aumentou para 75%.

Entretanto, alguns autores traçam considerações sobre o fato de que a saída da casa dos pais ou mudança de cidade, possam ser fatores de risco à saúde mental do universitário e conseqüente busca de ajuda (*Hoirisch e col 1993; Giglio 1976*).

HOIRISCH, BARROS & SOUZA (1993) atribuem a probabilidade de aumento de problemas a uma dificuldade de adaptação em dois níveis. A primeira seria a mudança de cidade, quando o aluno provém de outra localidade que não a sua de origem. Em sua experiência referem-se ao processo de mudança de cidades pequenas para um grande centro urbano. Podemos constatar em nosso caso que a dificuldade de adaptação às vezes pode ser até maior na situação inversa, saída de uma cidade grande com recursos e potenciais de que uma cidade de menor porte não dispõe. A segunda, seria a separação familiar e a tentativa de viver sem a mesma, não contando com seu apoio emocional e nem com a infra-estrutura doméstica.

Segundo LARGE (1983), a maioria dos estudantes universitários que vivenciam a saída da casa dos pais através de um processo real de separação, acabam experienciando um período depressivo a ponto de eventualmente precisar de algum tipo de ajuda psicológica. Por outro lado, afirma o autor, os mesmos alunos teriam a capacidade de lidar

com os seus sentimentos de solidão e com o passar do tempo estes se tornariam parte de seu desenvolvimento e amadurecimento pessoal.

Isto poderia ser um dos fatores explicativos com relação à procura do SOES por parte dos alunos em sua maioria provindos de outras cidades e nesta situação estando mais vulneráveis.

Propositadamente aqui não nos referimos a trabalhos realizados por autores estrangeiros que realizaram suas pesquisas em outros países, pois além de muito poucos se debruçarem sobre este dado, parece-nos que os mesmos não são passíveis de comparação direta. Entretanto, vale mencionar que existem vários trabalhos que abordam especificamente as questões relacionadas à saúde mental de diferentes grupos étnicos bem como de alunos estrangeiros (*Furnham & Trezise 1983; Cox 1988; Pyskoty et al 1990; Negy & Woods 1992*).

A falta de trabalhos específicos sobre este aspecto deve ser objeto de investigações futuras.

Para fins de ilustração citaremos alguns exemplos extraídos dos prontuários pesquisados, que revelam o quanto o fator procedência tem influência no processo adaptativo do alunado nesta nova fase da vida acadêmica.

**Prontuário 40**

*"Cliente comparece com queixa de desadaptação a São Carlos. É originariamente de outra cidade do interior paulista, aonde fica quatro dias por semana, permanecendo aqui apenas de terça a quinta-feira. Diz só vir para São Carlos nos dias em que é obrigada a assistir às aulas práticas. Tem agonia (sic) de permanecer aqui, ficando o tempo todo com nó na garganta e vontade de chorar".*

**Prontuário 47**

*"Cliente comparece com queixa de ficar deprimida por ter que estar/ficar em São Carlos. Ela é de outra cidade do interior paulista e não queria sair de lá. Sentiu um impacto pelo fato de estar numa cidade nova".*

**Prontuário 8**

*"Aqui em São Carlos, apesar de já morar há quase três anos, não se sente adaptada. Prefere a cidade de onde é originária (outro estado)".*

Alguns outros exemplos refletem o quanto a questão de procedência e moradia estão imbricadas. A separação destes itens só cabe em outros tipos de pesquisa epidemiológica que também realizam levantamentos de coeficientes e perfis de morbidade

como, por exemplo, doenças infecciosas e transmissíveis. Quando se trata de condutas adaptativas de um determinado segmento populacional, elas passam a ter mais nexos quando analisadas conjuntamente.

#### **Prontuário 1**

*"Há dois anos procurou o SOES por se sentir desadaptada na cidade, tendo na época dois atendimentos. Tem tido problemas de moradia desde que chegou. Primeiro morou em uma pensão, depois em república onde teve vários problemas. Há oito meses foi morar num pensionato onde refere estar bem".*

#### **Prontuário 37**

*"Aluna transferida de outra cidade do interior para o mesmo curso aqui por razões econômicas. Tem se sentido desadaptada desde que chegou. Não tem conseguido se controlar emocionalmente. Sente necessidade de ir para casa todo fim de semana pois não aguenta ficar aqui. Os três primeiros meses aqui morou em pensão e era muito ruim, agora faz uma semana que mora numa república com colegas e está melhor".*

Além dos exemplos através de relatos verbais, dispomos de outros em forma de produção

videográfica realizados por alunos da graduação, na disciplina "Comunicação Visual" do curso de Arquitetura e Urbanismo de São Carlos, sob orientação de JORGE (1992).

Trata-se de dois vídeos de curta duração (aproximadamente 08 minutos cada), um abordando qual a primeira impressão e/ou impacto que a cidade de São Carlos causou aos colegas universitários, e o outro a respeito dos diversos tipos de habitação estudantil utilizados pelos mesmos. Ambos são bastante ilustrativos e retratam bem a conjunção dos fatores procedência e moradia e nos possibilitam perceber que a imagem e discurso de universitários não clientes do SOES são semelhantes aos daqueles por nos atendidos.

##### **5) Moradia:**

Os dados relativos ao tipo de moradia dos alunos que compõem nossa amostra são bastante heterogêneos. Encontramos pelo menos sete (7) formas de moradia tais como: pensionato, república, alojamento estudantil da universidade, quarto alugado em casa de família, casa da família nuclear, casa de parentes mais distantes, sozinho, entre outros.

Para fins de uma análise mais objetiva utilizamos dois grandes subgrupos: 1) moradias do tipo sem estrutura de lar/familiar tais como alojamento estudantil, repúblicas, morar sozinho,

pensionato e 2) subgrupo com características de algum grau de estrutura familiar. No primeiro grupo encontram-se 49 casos o que representa 74,25% da amostra total, sendo que menos de 1/3 restante, 17 casos, 25,75% estão enquadrados no segundo grupo.

Fatores de risco à saúde mental do universitário ou desencadeadores de "crises" por causa de problemas de moradia não são incomuns em nossa amostra, sendo às vezes a razão principal de procura do serviço.

#### **Prontuário 4**

*"Mora atualmente num pensionato onde se queixa da falta de liberdade". "...só posso andar do quarto para a cozinha e banheiro..."*

#### **Prontuário 32**

*"Cliente sempre morou no alojamento por questões econômicas. Se sentia muito ameaçada lá, desrespeitada nas regras de convivência. Agora faz um mês que saiu de lá e foi morar sozinha porque quer privacidade".*

#### **Prontuário 33**

*"Relata também muita dificuldade de adaptação nas casas e pensões onde morou".*

**Prontuário 34**

*"Está aqui há um ano e pouco. Teve dificuldade de adaptação pessoal, não se acertava em termos de moradia. Já morou em pensão e em república. Atualmente mora na casa de uma família e se sente muito bem pois gosta da estrutura familiar".*

**Prontuário 42**

*"Atualmente mora bem em um apartamento que divide com mais quatro colegas de curso. Antes morou em três casas diferentes nas quais teve dificuldade e problemas que o marcaram muito".*

**Prontuário 49**

*"Atualmente mora sozinha, houve uma tentativa de divisão de casa por quarenta e cinco dias, que não deu certo. Sente muita falta da própria família. Tem dúvidas quanto a ir morar numa república".*

**Prontuário 58**

*"Aqui mora em república com mais duas colegas. No início teve problemas mas agora não quer mais mudar. Durante o seu primeiro ano morou em quatro lugares diferentes tendo graves problemas em todos eles".*

De uma forma exploratória GIGLIO (1976) faz uma análise dos tipos de moradia comparando pensões e repúblicas em relação ao ambiente familiar. Segundo o autor as repúblicas seriam mais adequadas para indivíduos com um certo nível de independência e capacidade de cooperação. O fato de terem um ambiente mais descontraído facilitaria a integração social, o que por sua vez favoreceria as condições de saúde mental.

Em sua amostra, aproximadamente 40% dos alunos entrevistados moravam em repúblicas, 12% em pensões, 38% em situação familiar e os demais 10% em outro lugar não identificado.

Por outro lado as pensões, por terem um proprietário que seria o provedor das condições adequadas de moradia, não exigiria de seu morador nenhuma atitude de responsabilidade, o que dificultaria ainda mais o processo de maturidade, deixando o indivíduo passivo e dependente.

Embora pondere a relatividade desses aspectos, afirma que *"a república teria, por assim dizer, melhores condições de refazer a família de origem, possibilitando trocas afetivas mais espontâneas e calorosas, quando comparadas com hotéis e pensões"* (p. 52).

Conclui supondo que a casa dos pais ainda seria o melhor lugar de moradia neste período em que

o universitário já sofre bastante mudanças psicológicas que podem ser estressantes e perturbadoras.

Seguindo linha de argumentação semelhante, um recente estudo de BORINI et al (1994), sobre o padrão de uso de bebidas alcoólicas entre os estudantes de medicina da faculdade de Marília, observou que o consumo de bebidas alcoólicas entre os estudantes que residiam com a família foi menor que entre aqueles que moravam em repúblicas ou sozinhos, mas sem diferenças significativas. Porém, considerando apenas a categoria de bebedores excessivos, as taxas daqueles que moravam em situação sem estrutura familiar foram significativamente maiores do que entre aqueles que moravam com a família.

A distribuição de sua amostra total de 322 alunos com relação ao tipo de moradia é bastante semelhante à nossa e apresentou 27,3% dos casos em residências de familiares, 67% em repúblicas, pensões e sozinhos e os 5,7% em outra forma de moradia. Sua conclusão é que *"As condições de moradia influenciaram nitidamente a taxa de bebedores excessivos"* (p. 101).

McLEON, TERCEK & WISBEY (1985) relatam um programa de intervenção conjunta entre o centro de aconselhamento da Universidade de Atlanta (EUA) e os

escritórios de administração dos alojamentos estudantis. O programa foi avaliado por dois anos (1982-1984) e percebido como sendo positivo e mutuamente benéfico. Os benefícios relatados pelas duas organizações envolvidas foram: a) a facilitação das ações de referência e contra-referência; b) garantia de intervenção rápida e ações de continuidade (por exemplo, no caso de tentativas de suicídio); c) possibilidade de acesso imediato aos estudantes "líderes" do próprio alojamento; d) treinamento e supervisão por parte do centro de aconselhamento aos líderes do alojamento estudantil.

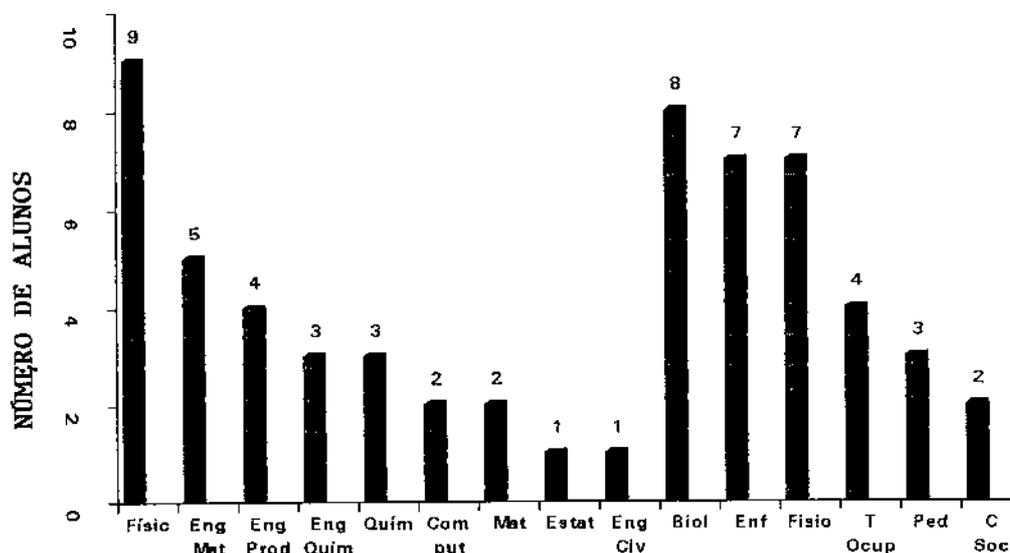
#### **6) Curso:**

A distribuição quantitativa por tipo de curso do número de clientes atendidos no SOES ao longo deste estudo aponta uma grande dispersão, sendo que esta é o reflexo dos diferentes cursos de graduação e pós-graduação da própria universidade. À época do levantamento dos dados (1990-1993), a UFSCar possuía dezesseis (16) cursos de graduação, distribuídos em dez (10) na área de Ciências Exatas e Tecnológicas, quatro (4) na área de Ciências Biológicas e da Saúde e os dois (2) restantes na área de Ciências Humanas.

Na distribuição pelas áreas acima citadas, dos sessenta e um (61) prontuários de alunos da

graduação estudados, verificou-se que 49,18% (30 prontuários) eram de alunos de cursos das áreas exatas e tecnológicas, 42,62% (26 prontuários) dos cursos de ciências biológicas e da saúde e 8,19% (5 prontuários) da área de ciências humanas.

Distribuição do No. de alunos atendidos por curso



Ciên. Exatas: 30 casos (49.18%)

Ciên. Biol/Saúde: 26 casos (42.62%)

Ciên. Humanas: 5 casos (8.19%)

Embora aqui apresentados de forma discriminada por curso, a variação do número de alunos matriculados por curso, o tempo de duração da cada um deles e a sua diversidade não permitem neste estudo que se faça uma análise entre os dados do tipo de curso com frequência e uso de serviços pelos alunos. Os resultados desta análise poderiam gerar

uma discriminação e estigmatização com relação ao perfil psicológico de alunos de determinados cursos. Além disso, dados deste tipo eventualmente poderiam se prestar a discussões de caráter ideológico e impregnada de preconceitos sobre alunos de quais cursos mais procuram e/ou freqüentam serviços de aconselhamento e psicoterapia dentro do campus.

Na literatura encontramos trabalhos que investigam essa relação entre alunos de um determinado curso e a procura ou uso de serviços, manifestação de sintomas e sinais e ainda estudos de caráter epidemiológico em diferentes formas. Os mais freqüentes são aqueles que se referem a estudantes de medicina (*Lucena & Loreto 1968; Snow 1969; Fortes 1973; Foorman & Lloyd 1986; Kris 1986; Arnstein 1986; Westermeyer 1987; D'Andrea & Almeida 1988; Coombs, Perell & Ruckh 1990; Bramness, Fixdal & Vaglum 1991; Giglio et al 1992*).

Em menor quantidade são encontrados trabalhos que se dedicam a estudos de alunos de outros cursos que não os médicos, tais como, enfermagem (*Shopper & Levy 1967; Carter 1982; Beck & Srivastava 1991*), arquitetura (*Lucas & Stringer 1972*), artes (*Smith, Hansell & English 1963*), psicologia (*Goodhart 1985*), odontologia (*Lloyd & Musser 1989*) e terapia ocupacional (*Tyrrell 1994*). Estudos comparativos entre estudantes de uma

determinada área ou curso são bastante raros (*Niemi 1984; Clarck & Rieker 1986*).

A grande maioria das pesquisas desenvolvidas com estudantes universitários não se atém à diferenciação de cursos ou áreas escolhidos pelo alunado, realizando suas análises sobre o conjunto todo de discentes de 3<sup>o</sup> grau (*Albuquerque 1973; Perdomo, Arango & Lopez 1975; Mechanic & Greenley 1976; Perlmutter, Schwartz & Reifler 1985; Rubio & Lubin 1986; Hoffman & Weiss 1986; Hoffmann & Mastrianni 1989; Meilman et al 1992 e Bertocci et al 1992*).

A diferenciação de características por tipo de curso dos alunos de graduação parece ser campo ilimitado para estudos e pesquisas comparativas.

Com relação ao baixo número de prontuários de alunos de pós-graduação utilizados neste estudo (cinco), qualquer tipo de análise com relação a este dado fica destituído de sentido, uma vez que a UFSCar à época do levantamento de dados possuía vinte e dois (22) cursos de pós-graduação distribuídos em: catorze (14) de mestrado e oito (8) de doutorado. Pouquíssimos pesquisadores investigam questões relativas à saúde mental de pós-graduandos (*O'Neil et al 1984; e Melo 1993*), o que suscita estudos futuros com esta parcela da população universitária.

FORTES & ABDO (1981) verificam diferentes percentuais nos cursos das áreas de humanas e exatas e pontuam que " *Os índices devem ser encarados com circunspeção, pois baseiam-se em informações colhidas durante um período de dezoito meses apenas*" (p.371).

Os autores ainda ressaltam que a incidência de perturbações mentais em diferentes cursos é pouco focalizada na literatura.

Nossos dados e considerações a respeito do curso no qual o alunado está matriculado parecem estar em consonância com a análise deste mesmo item na tese de Loreto (1985), na qual para efeitos de sistematização também foram computados juntos os muitos alunos de graduação e os poucos de pós-graduação de mais de uma instituição de ensino superior, cujo único critério foi "os cursos que realizavam no momento da primeira consulta" (p. 96). Ainda, segundo o mesmo autor, "...no grupo estudado existiam representantes de praticamente todos os cursos de nível superior existentes no estado. Da maior ou menor representação dos diversos cursos, não se pode, entretanto, tirar nenhuma conclusão, pois ela decorreu em grande parte de fatores puramente circunstanciais" (p. 98).

### 7) Semestre:

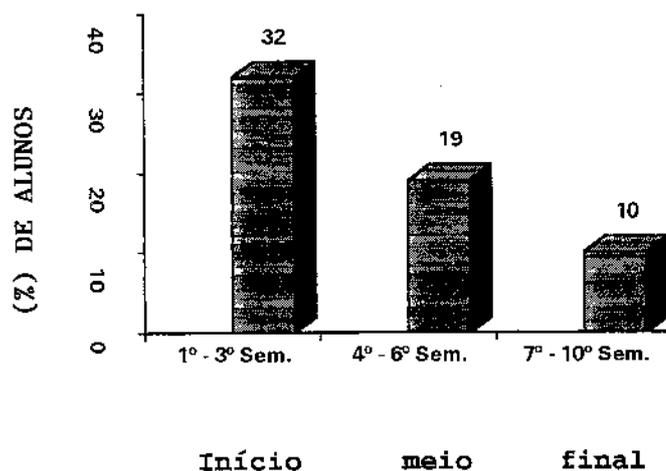
O item semestre aqui será analisado com base no semestre em que o aluno estava matriculado por ocasião do primeiro atendimento no SOES. O critério da UFSCar para divisão por semestres é linear, ou seja, um curso com duração de quatro ou cinco anos (tempos mínimos e máximos dos cursos atualmente), terá respectivamente oito ou dez semestres. Os perfis curriculares e as matrículas se distribuem ao longo destes semestres.

Conforme o gráfico a seguir podemos observar que a grande maioria dos alunos pesquisados que buscaram auxílio junto ao Serviço, o fizeram no início do curso, ao longo dos três primeiros semestres (52,45%), seguidos por 31,15%, que buscaram ajuda no meio do curso entre o 4º e o 6º semestres e os demais correspondendo a 16,40% no final de seu curso, entre o 7º e o 10º semestre.

**DISTRIBUIÇÃO DE ALUNOS QUE UTILIZARAM O SOES POR**

**SEMESTRES**

Nº TOTAL DE ALUNOS - 61



RIMMER, HALIKAS & SCHUCKIT (1982), num estudo prospectivo de acompanhamento de um grupo de cento e cinquenta (150) estudantes universitários ao longo de quatro anos, encontraram índices de maior procura ao serviço oferecido pela Washington University no primeiro e último ano, em torno de 28%, e uma procura menor nos anos intermediários em torno de 23%. Em seu trabalho também observaram que, embora os índices de procura de ajuda fossem relativamente altos, os mesmos não refletiam em proporção igual os que estavam realmente necessitando de ajuda e/ou tratamento.

Poucos autores se dedicaram ao estudo deste item em particular. BAKER & NIDORF (1964) descreveram

e analisaram o padrão de ocorrência de distúrbios psicológicos em um grupo de estudantes universitários em função do transcorrer do ano letivo. Os autores chegaram a duas conclusões distintas. A primeira, que é coincidente com a da nossa amostra, refere-se à maior procura de auxílio psicológico no início dos cursos de graduação. A segunda, que é diversa da experiência do SOES, foi o registro de uma maior busca do serviço no começo do semestre letivo. No SOES, ao longo de quatro anos de atendimento, temos vivenciado um aumento de procura nos meses maio-junho e outubro-novembro, que em nosso caso corresponde à fase de meio a final dos semestres letivos. Um dos fatores já identificados pelos profissionais que trabalham no SOES foi que estes períodos parecem ser os de maior vulnerabilidade acadêmica, pois se tratam das épocas mais próximas aos finais de semestre, onde ocorrem avaliações, entrega de trabalhos e provas.

Por outro lado parece haver um consenso entre os estudiosos desta população de que o momento mais penoso do ponto de vista psíquico é o de entrada numa faculdade. As mudanças no estilo de ensino-aprendizagem e as demandas decorrentes disto, acrescidas das mudanças na vida pessoal que incluem eventualmente saída da casa dos pais, morar sozinho e assumir novas responsabilidades parecem ser determinantes para este momento de fragilidade.

Embora não observado enquanto dado deste presente estudo, temos verificado e identificado ao longo desses 15 anos de atividade docente, um outro momento de "crise" entre os alunos. Trata-se de um momento de crise específica em relação ao desenvolvimento do curso no qual o aluno está matriculado. Este fator em termos de ocorrência ao longo dos semestres é variável, mas geralmente acontece próximo à passagem das disciplinas de caráter mais geral e básicas para as disciplinas aplicadas e/ou profissionalizantes. Este momento é caracterizado por um conflito e/ou confronto com a futura opção profissional. Em nossa experiência com alunos do curso de Terapia Ocupacional temos observado que este tipo específico de crise geralmente mobiliza a classe coletivamente e acaba por se solucionar quase sempre na esfera da sala de aula com os docentes do próprio curso não requerendo nenhuma intervenção por parte de Serviços como o SOES. Este é um momento gerado e solucionado no âmbito acadêmico/educativo e não na esfera do terapêutico/aconselhamento.

Alguns outros autores têm se dedicado especificamente sobre esse aspecto BECK & SRIVASTAVA (1991), BRAMNESS *et al* (1991), KRIS (1986).

MECHANIC & GREENLEY (1976) reforçam esta idéia afirmando que uma das poucas variáveis que

atingiram significância estatística, em seu estudo de prevalência de distúrbios psicológicos e busca de ajuda na população universitária, foi o ano de curso dos alunos. Segundo os autores, quanto mais adiantados na sua formação menos problemas psíquicos foram identificados e relatados pelos graduandos. Eles concluem dizendo que o alto nível de stress psicológico característico desta população reafirma de certa forma que a maioria dos sintomas apresentados e o momento da presença destes são peculiares à vida estudantil e refletem o stress situacional do papel do estudante universitário.

#### **8) Formas de Encaminhamento:**

As diferentes formas de chegada dos alunos ao SOES será apenas mencionada aqui para fins ilustrativos, uma vez que a análise deste aspecto deverá ser discutida conjuntamente com a utilização como um todo do serviço oferecido e nas conclusões quando forem propostas idéias para planejamento e re-estruturação do mesmo.

Entendemos como tipo ou forma de encaminhamento, qual informação prévia o aluno dispunha antes da utilização do SOES pela primeira vez. Nesse sentido classificamos estes "tipos" de encaminhamento em quatro subgrupos:

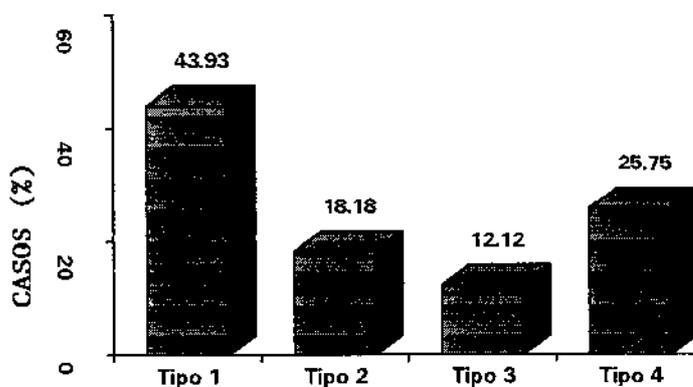
1- Chegada do aluno por informação verbal de outros colegas universitários que já conheciam o Serviço, ou por terem já se utilizado dele ou não.

2- Chegada do aluno através de orientação e/ou encaminhamento de algum docente da própria universidade.

3- Chegada do aluno por encaminhamento e/ou solicitação de profissionais da área de saúde tanto no âmbito interno da universidade, como o DAMO, ou de fora dela como Centros de Saúde e ainda profissionais de São Carlos e outras cidades.

4- Chegada de alunos através de um conjunto de diversas formas, através de diferentes fontes verbais e/ou impressas, tais como, "ouviu falar", sugestão da família, cartazes informativos, jornal da Federal, entre outros.

DISTRIBUIÇÃO DAS FORMAS DE ENCAMINHAMENTO



A porcentagem maior de alunos que chegaram ao Serviço através dos próprios colegas é também mencionada por HOIRISCH, BARROS & SOUZA (1993), que a denominaram como sendo uma rede informal de orientação e atribuíram isto ao fato de os alunos estarem mais próximos uns dos outros em salas de aula e por isso poderem ser os primeiros a tomar as providências de "encaminhamento".

Os mesmos autores consideram o aspecto "tipo de procura", assim denominado por eles, importante porque: *"Possibilita a análise da motivação para a procura do Serviço pelo aluno, demonstra a relevância que alunos, seus familiares e professores dão ao Serviço, dentro da instituição e indica o nível de confiança que sentem e expressam em relação a este Serviço."* (p. 162).

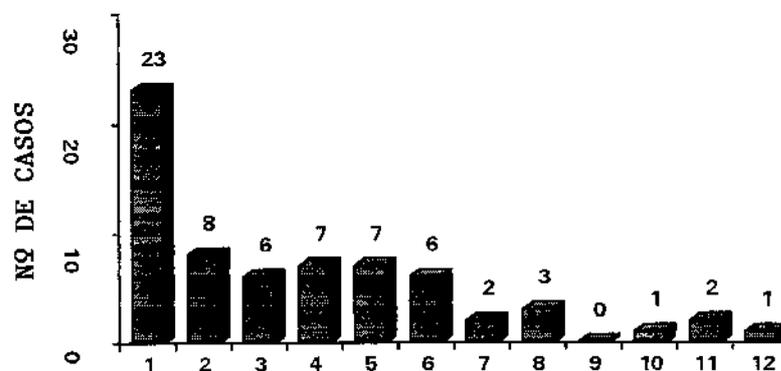
#### **9) Número de Sessões:**

O número de sessões de atendimento utilizado pelos clientes da nossa amostra situou-se majoritariamente (86,34%) entre uma e seis sessões. Embora definido previamente em no máximo doze atendimentos, pela opção teórica do modelo de psicoterapia breve para fins de contrato e forma de intervenção no aspecto da temporalidade, nenhum caso necessitou ir além desta previsão.

O gráfico a seguir ilustra a distribuição do número de casos pelo número de sessões.

### DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO DE CASOS PELO NÚMERO DE SESSÕES

Nº TOTAL DE CASOS - 66



#### Número de Sessões

Esta forma de intervenção com relação ao número de sessões parece estar em consonância com vários autores que já há muito tempo se debruçam sobre esta questão. WILMS (1965), após ter coletado dados a respeito de serviços de saúde mental em sete diferentes maiores universidades norte-americanas durante os anos de 1963 e 1964, fez um estudo sobre quais eram os padrões e práticas desenvolvidas nos programas de saúde mental destinados a universitários.

Quanto ao número de contatos (entrevistas e atendimentos) por paciente, o autor encontrou uma variação entre duas a oito sessões por aluno, chegando a uma média de cinco atendimentos por ano

letivo/por cliente. O autor excluiu desta média os atendimentos grupais e presumiu que os diferentes tipos de contato variavam de quinze minutos para uma simples orientação a várias horas em caráter de excepcionalidade para entrevista inicial de alta complexidade, ficando com o clássico padrão de contatos da hora de cinquenta minutos. Em sua conclusão ponderou que este número de sessões estava abaixo das sete a oito horas de "tempo clínico" a ser destinado aos alunos que procuram serviços desta natureza, preconizado pelas normas recomendadas da "American College Health Association", em vigor desde 1961.

Na amostra de LORETO (1985), que abrangeu vinte e dois anos (1957-1979) para fins de caracterização da clientela, foram encontrados os seguintes percentuais de número de atendimentos: 28% realizaram uma única entrevista, 61% tiveram entre dois e cinco atendimentos e um pouco mais dos 10% restantes chegaram a realizar uma sequência mais regular de atendimentos semanais ou quinzenais ao longo de vários meses.

Em suas conclusões o autor enfatiza mais de uma vez que *"No atendimento especializado a estudantes têm sido utilizados todos os recursos da terapêutica psiquiátrica e de modo especial as formas breves de aconselhamento psicológico e de*

*psicoterapia, (grifo nosso), com diferentes orientações doutrinárias, as quais de um modo geral, possibilitam a obtenção de resultados favoráveis em proporções significativas da clientela" (p. 130).*

Mais adiante, no mesmo texto, retoma a idéia desta forma de atendimento dando-lhe um caráter mais detalhado: *"Com os clientes que apresentaram preocupações ou dificuldades psicológicas, um aconselhamento breve, de inspiração dinâmica, mas do tipo diretivo, pareceu ter sido experimentado quase sempre como útil e benéfico..." (p. 131).*

A idéia de que serviços desta natureza com um baixo número de sessões possam ter, além do caráter de aconselhamento, uma finalidade psicoterápica é defendida vigorosamente por PINKERTON & ROCKWELL (1982). Em trabalho específico sobre o tema, os autores fazem uma retrospectiva histórica sobre tratamentos de uma ou duas sessões de psicoterapia sobre três óticas distintas: 1- Estudos de casos tanto no modelo psicanalítico quanto no modelo comportamental; 2- Reavaliação de abandonos de tratamento ditos "precoces"; e 3- Intervenções breves na população universitária. Particularmente neste último aspecto relembram o termo cunhado por DOROSIN, GIBBS & KAPLAN (1976), "very brief intervention" (VBI) para três sessões ou menos, como sendo um fenômeno psicoterápico relevante.

Os autores, após ilustrarem o texto com vários exemplos clínicos de atendimento a estudantes universitários, advogam a seguinte postura: *"Que a população universitária se presta especialmente bem a uma ou duas sessões de psicoterapia, não somente do ponto de vista dos recursos limitados que muitos dos serviços de saúde mental dispõem, mas também pelo potencial de fortalecimento de ego que promove"* (Tradução livre da autora, p. 159).

Em outro artigo mais recente PINKERTON, HINZ & BARRON (1989) conceituaram e defenderam as intervenções de psicoterapia breve e psicoterapia muito breve em universitários atletas e pontuaram que estes conceitos não diferem quando aplicados aos estudantes de nível superior em geral.

Segundo os autores a psicoterapia breve tem sido tratamento de escolha para este grupo específico e enfatizam que a orientação psicodinâmica neste procedimento pode ser valiosa, especialmente se incluir estratégias pragmáticas e ecléticas.

Em termos da psicoterapia muito breve argumentam que o estudante que se beneficiar de até no máximo três sessões, geralmente está vivenciando um problema agudo com um claro e recente fator precipitante e, por isso, estaria altamente motivado tanto para uma terapia como também para um

relacionamento terapêutico o que facilitaria este curto processo.

#### 10) Tipos de Alta:

Todos os sessenta e seis prontuários dispunham de informações sobre qual havia sido o desfecho dos atendimentos. Pelo fato de os diversos tipos de término variarem muito, como por exemplo, abandono por greve, interrupções por férias, diferentes formas de alta, os mesmos foram agrupados em quatro subdivisões. Estes subgrupos se originaram não só da casuística disponível nos prontuários, mas também tiveram como parâmetro as definições de "tipos de alta", mencionadas por FERNANDEZ & RODRIGUES (1993), e por nós adaptadas.

a) O primeiro subgrupo intitulado "alta" se refere às altas propriamente ditas, que ocorreram a partir do número necessário e suficiente de sessões, após as quais houve um consenso entre o profissional e o cliente sobre se as metas propostas tinham sido atingidas e se tinha havido melhora dos sinais e/ou sintomas relatados por este último fazendo com que ele readquirisse seu bem-estar emocional. Estão incluídos nesta categoria também aqueles atendimentos que ocorreram uma única vez (09 casos), nos quais os profissionais perceberam a não necessidade de continuidade, uma vez que as questões relatadas pelos

clientes não evidenciavam uma proposta de intervenção e poderiam ser solucionadas naquela primeira entrevista através de uma orientação e/ou aconselhamento. Este conjunto de altas equivale a 46,96%, representando trinta e um casos do total da amostra, sendo 22 casos com mais de 1 atendimento.

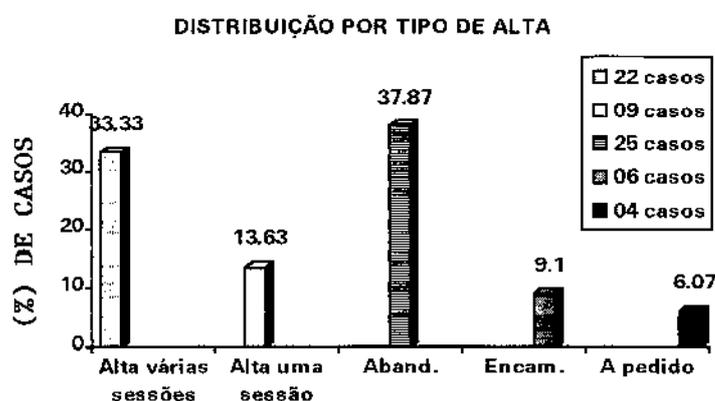
**b)** O segundo maior subgrupo é o que denominamos de "altas por abandono", que significa interrupção voluntária do cliente sem a comunicação deste fato ao profissional. Este subgrupo também inclui as interrupções não comunicadas por outros motivos, tais como, férias escolares, greves de qualquer um dos três segmentos da comunidade universitária, reforma do prédio onde o serviço está instalado. Este subgrupo abrangeu vinte e cinco casos que correspondem a 37,87% da amostra total.

**c)** O terceiro subgrupo chamado "alta por/para encaminhamento", compreendeu todos os clientes que após um (1) ou mais atendimentos foram encaminhados para outros serviços ambulatoriais públicos e/ou privados de psiquiatria clínica, psicologia, outras especialidades médicas, internações psiquiátricas, grupos de auto-ajuda como, por exemplo, Alcoólicos Anônimos, Vigilantes do Peso, entre outros. Os nove casos enquadrados neste subgrupo correspondem a 9,10% de nossa amostra.

d) O quarto subgrupo foi denominado "alta a pedido", entendendo-se por pedido a solicitação do próprio cliente de interrupção na sequência dos atendimentos e/ou ainda a opção do mesmo de não iniciar uma proposta de intervenção após a primeira entrevista.

As razões pelas quais este fato podia ocorrer variavam da "não necessidade de ajuda", até o "desencontro" entre as expectativas do cliente e as possibilidades do Serviço. O número de casos neste subgrupo foi bastante baixo, encontrando-se apenas quatro (4) casos que correspondem a 6,07% do total.

O gráfico a seguir ilustra a distribuição dos casos pelos subgrupos dos diferentes tipos de alta.



Nos estudos de FERNANDEZ & RODRIGUES (1993), também foi encontrado um predomínio (57,7%) dos casos

que os autores chamaram de "alta médica". As porcentagens de altas a pedido (13,3%) e de abandono (20%) são discretamente maiores que as encontradas em nosso Serviço, mas parecem não refletir nenhuma diferença qualitativa.

Segundo os autores esta incidência de mais de 30% de altas nestas categorias *"indicam que, além das vagas terem sido subutilizadas, parte dos alunos que procuraram ajuda não aproveitou plenamente o tratamento oferecido e, sendo assim, além da dificuldade para buscar auxílio psicológico quando necessário, o estudante de medicina parece apresentar também dificuldade para se manter em tratamento"* (p.266).

Vários outros autores traçam considerações semelhantes quanto a este fato.

LECOMPTE (1985) refere-se a uma hiperutilização do Centro de Saúde Mental da Universidade da Bélgica pelos calouros e atribui isto a difícil fase de ajustamento pela qual o aluno passa neste momento ao ter que se adaptar à vida universitária e também à opção de carreira.

WHITAKER (1985), apesar de afirmar que não existe população mais apropriada do que o estudante universitário para receber algum tipo de suporte psicológico, pondera que o índice de uso e abandono dos serviços desta natureza é bastante alto,

principalmente por causa do estigma que o usuário teria frente a seus pares.

Em um trabalho realizado na Colômbia por PERDOMO, ARANGO & LOPEZ (1975), parece haver uma aproximação maior com a nossa realidade em termos de momentos de crise institucional. Os autores comparam as freqüências de uso de seu Serviço Psiquiátrico Estudantil, com as freqüências de abandonos e cancelamentos de atendimentos em três períodos de um (1) ano distintos. Estes foram caracterizados como: um de normalidade e dois de crises institucionais (entendendo-se por esta terminologia greves, suspensão de aulas, invasão da universidade). Nesse estudo de 1969 a 1972, constataram uma menor procura e um maior índice de abandono nos momentos de crise institucional, apesar da normalidade na prestação dos atendimentos. Esse mesmo fato pode ser observado por nós se fizermos um detalhamento temporal nos nossos casos de abandono (altas tipo 2). A maioria deles ocorreu em períodos pré e pós greves e/ou férias e, eventualmente, ainda às vésperas de finais de semestres letivos por excesso de atividades de avaliação por parte dos alunos.

### **11) Classificação Diagnóstica:**

Como já foi mencionado no capítulo de procedimentos metodológicos (p. 61) para cada um dos prontuários foi realizada uma tentativa de enquadre diagnóstico.

Dos sessenta e seis casos, em apenas um não foi possível chegar a um consenso, sendo portanto eliminado para fins de análise deste item. Os demais sessenta e cinco prontuários foram ordenados em três subgrupos. O primeiro subgrupo, composto por oito prontuários (12,3%), refere-se às entrevistas e/ou intervenções, ao final das quais não se conseguiu obter elementos necessários ou suficientes para a elaboração de uma hipótese diagnóstica. O segundo subgrupo, contendo doze prontuários (16,9%), englobou aqueles casos que, apesar de terem procurado ajuda no SOES, não manifestaram nenhum tipo de sinal ou sintoma que justificasse um diagnóstico psiquiátrico. E o terceiro subgrupo refere-se aos quarenta e seis prontuários restantes (70,7%), nos quais foi possível formular um diagnóstico. Desses quarenta e seis prontuários, 65,3% (30 casos), poderiam ser enquadrados, segundo a CID-9 capítulo 5, na grande categoria de transtornos neuróticos de personalidade; 30,4% (14 casos), na categoria de outros transtornos mentais não psicóticos e apenas 4,3% (2 casos) na categoria de psicoses.

A preocupação em agrupar e classificar de alguma forma os sinais e sintomas relatados pelos estudantes universitários que procuram serviços de auxílio psicológico já existe há muito tempo.

MONKS & HEATH (1952) afirmavam que os métodos tradicionais de diagnóstico médico e as classificações de doenças em vigor à época se mostravam inadequadas para esta população. Os autores diziam que as queixas e problemas apresentados não eram compatíveis com diagnósticos clínicos. Também apontavam que, dependendo de qual profissional atendia o cliente, este imprimiria uma visão mais psicológica, educativa, ou social, de acordo com sua formação técnica específica, em relação à problemática relatada, e que nenhum desses pontos de vista preenchia completamente as necessidades de um trabalho clínico e administrativo de um serviço de atenção à saúde mental do estudante.

Em função disto elaboraram uma "Classificação de Problemas Acadêmicos, Sociais e Pessoais", para uso em programas desta natureza. Esta "Classificação" abrangia vinte e três sub-itens e foi aplicada a mil trezentos e quarenta e três (1343) alunos do Harvard College entre os anos de 1948 e 1952. Ao concluir o trabalho perceberam que pelo menos 45% de sua amostra se enquadravam em mais de um sub-item de problemas e que este tipo de

classificação poderia ser usado como suplemento às classificações formais de doenças em vigor, e que também funcionaria como um meio auxiliar de padronização da nomenclatura entre profissionais e serviços afins.

LUCENA & LORETO (1968), referindo-se aos quinhentos e setenta e dois (572) estudantes universitários atendidos desde 1957 em seu serviço, apontam que cerca de 40% apresentavam sintomatologia psiquiátrica definida e que os 60% restantes apenas apresentavam dificuldades emocionais e de adaptação diversas, nas quais não caberia um diagnóstico psiquiátrico.

Desde aquela época já reconheciam que "... *uma separação nítida não é possível entre os casos nos quais um diagnóstico psiquiátrico definido se impõe e aqueles que apenas referem dificuldades emocionais menos pronunciadas*". (p. 46).

LORETO (1985) fez uma criteriosa e abrangente revisão bibliográfica a respeito da utilização de classificações diagnósticas neste tipo de assistência especializada e apontou que de modo geral os autores optam por três orientações diversas:

"I- *Utilização de uma classificação de diagnósticos mista, ficando cada cliente enquadrado ou numa das categorias psiquiátricas tradicionais ou numa das*

*categorias de dificuldades psicológicas, não patológicas em sentido estrito;*

*II- Utilização de uma dupla classificação, uma de categorias psiquiátricas e outra de queixas e problemas (motivadores da consulta ou condicionadores dos sintomas), sendo cada cliente identificado sob esses dois aspectos;*

*III- Utilização apenas de uma classificação psiquiátrica, recebendo todos os clientes um diagnóstico desse tipo" (p. 27).*

Em seu trabalho ao longo de mais de vinte e cinco anos diz que seria uma "... violência cientificamente injustificável pretender enquadrar todos os casos atendidos em categorias diagnósticas da nosologia psiquiátrica" (p. 100). No estudo do autor que abrangeu mil trezentos e quinze (1315) casos, classificou os estudantes em dois grandes subgrupos:

O primeiro grupo de dificuldades psicológicas sem quadros psiquiátricos que compreendia: desejo de auto-conhecimento, dificuldades de personalidade, dificuldades no âmbito da família ou do grupo social próximo, dúvidas vocacionais, dificuldades acadêmicas, problemas no campo do relacionamento amoroso ou sexual, problemas relacionados com a definição da identidade sexual e inquietação acerca de valores.

O segundo subgrupo, denominado quadros psiquiátricos, foi baseado nos termos e critérios clínicos descritivos da CID-9. Em sua amostra 45% dos clientes se enquadravam neste subgrupo havendo uma predominância, dentro dos transtornos neuróticos, de 17% de estados depressivos.

Identificamo-nos integralmente com as opiniões de Loreto no que tange à tentativa de enquadrar diagnósticos e a psiquiatrização de sintomas, e também entendemos que uma compreensão menos ampliada da "queixa" apresentada pelo cliente na ocasião do primeiro atendimento pode nos levar a equívocos. Acreditamos que em trabalhos futuros seja possível uma tentativa mais integrada de classificação de sintomas relatados e/ou percebidos, não só baseada nas classificações diagnósticas existentes como também nas diversas experiências clínicas e de pesquisas que vem se acumulando ao longo destes anos.

Inúmeros outros autores se dedicaram à tentativas de classificação dos sinais e sintomas da população universitária. Embora utilizando sistemas classificatórios distintos parece haver um consenso entre os mesmos de que a incidência de "depressões" é a maior causa da busca de ajuda.

RIMMER, HALIKAS & SCHUCKIT (1982), em um estudo longitudinal por quatro anos com cento e

cinquenta e três (153) universitários, avaliaram a prevalência e incidência de doenças psiquiátricas usando como parâmetro o DSM-III, encontrando depressão em mais de 90% dos diagnósticos. Em outro estudo O'NEIL, LANCEE & FREEMAN (1984) utilizaram-se da Escala de Depressão de Beck, para avaliar duzentos e vinte e nove (229) estudantes, e concluíram que o grau de severidade da depressão era o fator determinante para a busca de auxílio em serviços especializados. PERLMUTTER, SCHWARTZ & REIFLER (1985) utilizaram o referencial do DSM-II, pois seus dados foram coletados entre os anos 1972 e 1979, através de mil cento e cinquenta e seis (1156) atendimentos realizados com novecentos e trinta e três (933) estudantes. Embora tivessem identificado setenta e sete (77) diferentes categorias nosológicas, agrupadas em seis tipos, depressão neurótica foi o único diagnóstico mais freqüente isoladamente, aparecendo em 18,4% dos casos. NUCETTE na Venezuela, durante a década de oitenta, utilizou-se da CID-9 na avaliação de setenta (70) estudantes de medicina encontrando também depressão neurótica em 50% de seus casos. Estes achados podem ser confrontados com os de FERNANDEZ & RODRIGUES (1993), que classificaram através do mesmo critério população semelhante (45 estudantes de medicina). Os autores revelaram que a primeira hipótese diagnóstica de seu grupo foram as

reações de ajustamento em 37,8% dos casos, imediatamente seguidas pelos transtornos neuróticos em 26,7%. Estes dados estão mais próximos aos de STANGLER & PRINTZ (1980) que, ao se utilizarem do DSM-III para classificar quinhentos (500) universitários, encontraram dentro do eixo-I (síndromes clínicas), a incidência de 29% de reações de ajustamento seguidos por 17% de desordens afetivas. Em termos de um diagnóstico simplificado o que prevaleceu em 41,4% dos casos foram as reações de ajustamento com humor deprimido.

Todos estes autores e seus respectivos trabalhos retratam vantagens e desvantagens na utilização dos sistemas classificatórios de diagnósticos.

Uma abordagem bem distinta e que nos parece bastante adequada para este tipo de população é a apresentada por HOFFMAN & WEISS (1986), que propõem um novo sistema de conceituação dos problemas relativos à saúde mental de estudantes universitários. Os autores propõem uma classificação através da identificação de três tipos de crise:

a) "Crise situacional", que é definida por crises emocionais resultantes de eventos problemáticos ou traumáticos recentes, ou por alguma situação que afete o bem-estar emocional do estudante, como por exemplo, problemas de moradia,

baixo rendimento acadêmico, proximidade da formatura, término de um relacionamento amoroso, entre outros.

b) "Crise de desenvolvimento", definida como crises emocionais resultantes da dificuldade na resolução de tarefas normais e pertinentes à adolescência tardia, como por exemplo, interação/separação dos pais, consolidação da identidade sexual, formulação de valores pessoais. Dificuldades em alguma destas áreas podem causar um stress emocional e levar a uma incapacidade no funcionamento das atividades exigidas na universidade.

c) "Crise refletindo psicopatologia", definida como qualquer crise emocional na qual existe um fator psicopatológico anterior precipitante, como por exemplo, neuroses e depressões severas, distúrbios de personalidade, ou tendências psicóticas. Tais crises são difíceis de serem diferenciadas das anteriores, particularmente quando a história psiquiátrica pregressa do aluno é desconhecida ou limitada. Entretanto, dada a baixa incidência deste tipo de crise é necessário que se dedique um tempo maior para a avaliação desses casos.

Em um trabalho futuro poderíamos "reclassificar" os casos de nossa amostra dentro desta conceituação de "tipos de crise", para verificar se tal forma de classificação estaria mais

próxima e fiel aos problemas, queixas e sintomas relatados e observados por nossos clientes.

## CONCLUSÕES

Embora situações e/ou eventos problemáticos estejam presentes ao longo do desenvolvimento normal cotidiano da adolescência tardia bem como no início da vida de um adulto jovem, foi possível constatar através de nosso estudo que uma parcela da população estudantil universitária, que se enquadra nessa mesma faixa etária, atravessa esse período acadêmico com algumas dificuldades que são inerentes ao mesmo.

A caracterização do perfil da clientela atendida no Serviço de Orientação e Educação em Saúde (SOES) da UFSCar nos permitiu identificar vários aspectos peculiares deste segmento populacional. Dentre eles pontuaremos alguns que consideramos relevantes no sentido de nos respaldar na reflexão sobre o planejamento, estruturação e necessidade de serviços desta natureza.

Na amostra da população universitária pesquisada nos deparamos com uma predominância de casos do sexo feminino na proporção de 2:1, embora o corpo discente da universidade seja majoritariamente masculino. Mais da metade dos casos se situa na faixa etária entre 19 e 22 anos e há a preponderância quase total do estado civil solteiro. Estes dados estão em

concordância com os de outros trabalhos disponíveis na literatura a respeito do mesmo tipo de população.

Alguns fatores se mostraram evidentemente implicados na vulnerabilidade e fragilidade emocional do aluno, desencadeando as "situações de crise". Destacamos os aspectos de procedência e as condições de moradia que acabam por definir uma necessidade de busca de ajuda, principalmente nos primeiros três semestres da vida universitária. Estes três fatores - procedência, moradia e início da vida universitária - ainda se relacionam com um quarto fator, que naturalmente se coloca, que é a idade mais jovem do aluno ao longo deste mesmo momento.

Estes dados são reveladores na medida em que nos indicam que o planejamento de ações educativas e/ou comunitárias devem se dar prioritariamente nos dois primeiros anos da vida acadêmica.

Um outro dado encontrado ao longo do estudo foi sobre os sinais e sintomas relatados pelos clientes do SOES, que nos permitiu constatar um predomínio de quadros tais como: ansiedade, depressão reativa e/ou situacional e reações de ajustamento, sendo raros quadros mais graves do tipo psicótico.

Ao relacionarmos os dados dos diagnósticos detectados com o tipo de serviço oferecido, pudemos

constatar que mais de 80% dos clientes utilizaram de uma a seis sessões após as quais obtiveram alta.

Em função desses achados a opção pelo modelo teórico de psicoterapia breve e/ou psicoterapia muito breve, em termos do número de sessões e proposta de atenção focal que o SOES vêm utilizando para atenção e intervenção em crises através de orientação e aconselhamento tem se mostrado adequado. Os dois modelos preconizam um número baixo de sessões e nos orientam nesta análise em relação ao tempo clínico disponível para cada cliente.

Estes atendimentos vêm sendo realizados por diferentes profissionais da área de saúde (terapeutas ocupacionais e enfermeiros), não se caracterizando por ser apenas um "serviço psiquiátrico", o que reduz seu estigma e reforça a idéia de que ali pode ser um espaço tanto para ações terapêuticas como para ações mais educativas no campo da promoção da saúde mental que podem e devem ser desempenhadas por qualquer membro de uma equipe multidisciplinar.

Do ponto de vista exclusivamente da terapia ocupacional, podemos afirmar que o trabalho desenvolvido é pouco usual em termos da clientela escolhida, número baixo de atendimento realizados e técnicas empregadas, tipo, orientação e reorganização do cotidiano da vida acadêmica (incluindo-se estudo e

lazer), e aponta mais um campo de atuação profissional além dos tradicionais já existentes.

Este trabalho também oferece uma contribuição à literatura já produzida sobre o mesmo assunto, uma vez que a grande maioria dos estudos se concentram na área da medicina, propiciando assim mais uma forma de pensar as questões do estudante universitário sob uma ótica mais ampliada. Um exemplo seria fazer um estudo prospectivo não somente dos alunos que buscam auxílio nos Serviços, mas também daqueles que não os frequentam, no sentido de avaliar como eles passam por esta trajetória.

Os dados desta pesquisa, além da aplicabilidade prática para a continuidade dos Serviços já existentes, oferecem subsídios para que os mesmos sejam reformulados, criando outras modalidades de atenção tipo "plantões contínuos de pronto atendimento", para que não se perca o primeiro momento de necessidade do aluno e a sua mobilização pessoal em termos de busca de ajuda.

Ações de caráter educativo devem ser propostas ao conjunto de alunos da universidade através de palestras e/ou grupos de interesse sobre o assunto. Intervenções específicas podem ser realizadas na forma de grupos operativos sobre as questões de moradia nos alojamentos estudantis e o

lidar com problemas emocionais mais graves dentro das próprias repúblicas.

Se a própria universidade investir mais recursos humanos especializados nestas ações, estes poderão minimizar alguns problemas do cotidiano acadêmico tais como baixo rendimento escolar, repetências, trancamento de matrículas e eventuais abandonos de curso por problemas emocionais.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ADBO, C.H.N. Psicoterapia breve: relato inicial acerca de seis anos de experiência com alunos da USP. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 14, n.1-2, p. 32-35, 1987.
- ALBUQUERQUE, M.A. .Saúde mental do universitário. **Neurobiologia**, v. 36, n. 1-2 (suplemento), p. 1-12, 1973.
- ALMEIDA FILHO, N., ROUQUAYROL, M.Z. **Introdução a epidemiologia moderna**. 1. ed. Salvador: Apce-Produtos do conhecimento, 1990. 223 p.
- AMATUZZI, M.M. Etapas do processo terapêutico: um estudo exploratório. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 9, n. 1, p. 1-21, 1993.
- ANDERSON, V.V.; KENNEDY, W. M. Psychiatry in college: a discussion of a model personnel program. **Mental Hygiene**, v. 16, p. 353-358, julho 1932.
- ARNSTEIN, R.L. Emotional problems of medical students. **American Journal of Psychiatry**, v. 143, n. 11, p. 1422-1423, novembro 1986.
- ASSUMPÇÃO, M.L.T. **Estruturação da entrevista psicológica**. 1. ed. São Paulo: Editora Atlas S.A, 1977. 87p.
- BAKER, R.W., NIDORF, L.J. Pattern of occurrence of psychological disturbances in college students as a function of year level. **Journal of Clinical Psychology**, v. 20, p. 530-531, 1964.
- BARBIER, R. **A pesquisa-ação na instituição educativa**. Tradução de Estela dos Santos Abreu. 1. ed. bras. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985. 280 p.

- BECK, D.L., SRIVASTAVA, R. Perceived level and sources of stress in baccalaureate nursing students. **Journal of Nursing Education**, v. 30, n. 3, p. 127-133, março 1991.
- BENETTON, J. **Trilhas associativas. Ampliando os recursos na clínica das psicoses**. 1. ed. São Paulo: Lemos Editorial, 1991. 113 p.
- BERTOCCI, D. *et al.* Student mental health needs: survey results and implications for service. **Journal of American College Health**, v. 41, n. 1, p. 3-10, julho 1992.
- BORINI, P. *et al.* Padrão de uso de bebidas alcoólicas de estudantes de medicina (Marília - São Paulo). Parte 1. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 43, n. 2, p. 93-103, 1994.
- BRAIER, E.A. **Psicoterapia breve de orientação psicanalítica**. Tradução IPEPLAN. 1. ed. bras. São Paulo: Livraria Martins Fontes Editora Ltda, 1986. 240 p.
- BRAMNESS, J.G., FIXDAL, T.C., VAGLUM, P. Effect of medical school stress on mental health of medical students in early and late clinical curriculum. **Acta Psychiatrica Scandinava**, v. 84, n. 4, p. 340-345, 1991.
- CAPLAN, G. **Princípios de psiquiatria preventiva**. Tradução de Alvaro Cabral. 1. ed. bras. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.324 p.
- CARTER, E. W. Stress in nursing students: dispelling some of the myth. **Nursing Outlook**, p. 248-252, abril 1982.
- CERQUEIRA, L. **Pela reabilitação em psiquiatria. Da praxiterapia à comunidade terapêutica**. 2. ed. São Paulo, 1973. 147 p.
- CLARK, E.J., RIEKER,P.P. Gender differences in relationship and stress of medical and law students. **Journal of Medical Education**, v. 61, p. 32-40, janeiro 1986.

- COOMBS, R.H., PERELL, K., RUCKH, J.M. Primary prevention of emotional impairment among medical trainees. **Academic Medicine**, v.65, n. 9, p. 576-581, setembro 1990.
- COX, J.L. The overseas student: expatriate, sojourner or settler. **Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum**,v.78, n. 344, p. 179-184, 1988.
- D'ANDREA, F.F., ALMEIDA, O.M.L. Crise em estudantes de medicina. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 37, n. 6, p. 313-315, 1988.
- DOROSIN, D., GIBBS, J., KAPLAN, L. Very brief interventions-a pilot evaluation. **Journal of American College Health Association**, v. 24, p. 191-194, 1976.
- ELIAS, W.S., MURPHY, R,J. The case for health promotion programs containing health care costs: a review of the literature. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 40, n. 11, p. 759-763, 1986.
- FARNSWORTH, D.L. The growing importance of college psychiatry. **American Journal of Psychiatry**, v. 124, n. 5, 1967.
- FERNANDEZ, J.M., RODRIGUES, C.R.C. Estudo retrospectivo de uma população de estudantes de medicina atendidos no ambulatório de clínica psiquiátrica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. **Medicina, Ribeirão Preto**, v. 26, n. 2, p. 258-269, 1993.
- FERRARI, S.M.L. O nascer das palavras através do fazer. **Terapia Ocupacional - USP**, v. 2, n. 1, p. 12-15, fevereiro 1991.
- FIDLER, G.S., FIDLER, J.W. **Introduction to psychiatric occupational therapy**. 1. ed. New York: The Macmillam Company, 1954. 200 p.
- FINLAY, L. **Occupational therapy practice in psychiatry**. 1. ed. London: Croom Helm, 1988. 162 p.

FOORMAN, S., LLOYD, C. The relationship between social support and psychiatric symptomatology in medical students. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 174, n. 4, p. 229-239, 1986.

FORTES, J.R.A., ABDO, C.H.N. Saúde mental do estudante universitário. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 27, n. 12, p. 369-372, dezembro 1981.

FURNHAM, A., TREZISE, L. The mental health of foreign students. **Social Science Medicine**, v. 17, n. 6, p. 365-370, 1983.

GIGLIO, J.S. **Bem-estar emocional em universitários**. Um estudo preliminar. Tese de Doutorado - UNICAMP - F.C.M, Campinas, 1976, p. 171.

GIGLIO, J.S. Um estudo de fatores biológicos, sociais e ambientais com provável influência no bem-estar psicológico de universitários. **Revista Associação Brasileira de Psiquiatria**, v. 3, n. 7, p. 142-146, 1981.

GIGLIO, J.S. *et al.* Mental health and quality of life in medical students. **International School Psychology Association**. v. 0001, p. 108, 1992.

GONÇALVES, J. **Do asilo à comunidade terapêutica. Contribuição para o estudo da terapêutica ocupacional em esquizofrênicos**. Tese de concurso a Livre-Docência Faculdade de Medicina - USP, São Paulo, 1964, p. 173.

GOODHART, D.E. Some psychological effects associated with positive and negative thinking about stressful event outcomes: was Pollyanna right? **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 48, n. 1, p. 216-232, 1985.

HAHN, M.S., OLIVEIRA, M.A.P., MATSUKURA, T.S. **Projeto: Serviço de Orientação e Educação em Saúde**. UFSCar-São Carlos, 1990. 8p.

HAHN, M.S., OLIVEIRA, M.A.P. **Relatórios de Atividades do Serviço de Orientação e Educação em Saúde.** UFSCar-São Carlos, anos 1990-1991-1992, 11p.

HAHN, M.S. The development of mental health services: occupational therapy's inclusion in Brazil. **British Journal of Occupational Therapy**, v. 57, n. 5, p. 168-170, maio 1994.

HOFFMAN, J.A., WEISS, B.A. A new system for conceptualizing college students problems types of crisis and the inventory of common problems. **Journal of American College Health**, v. 34, n. 6, p. 259-266, junho 1986.

HOFFMANN, F.L., MASTRIANNI, X. The mentally ill student on campus: theory and practice. **Journal of American College Health**, v. 38, n. 1, p. 15-20, julho 1989.

HOIRISCH, A., BARROS, D.I.M., SOUZA, I.S. **Orientação psicopedagógica no ensino superior.** 1. ed. São Paulo: Editora Cortez, 1993, 200p.

HUME, C., PULLEN, I. **Rehabilitation in psychiatry. An introductory handbook.** 1. ed. Edinburgh: Churchill Livingstone, 1986. 230 p.

JORGE, L.A. *et al.* Suco de pitanga ou coca-cola? Curso de Arquitetura e Urbanismo EESC-USP, 1992, **Video**, 08 min.

JORGE, L.A. *et al.* Habitação dos estudantes em São Carlos. Curso de Arquitetura e Urbanismo EESC-USP, 1992, **Video**, 09 min.

JORGE, R.C. **Chance para uma esquizofrênica.** 1. ed. Belo Horizonte: Imprensa Oficial de Minas Gerais, 1980. 115 p.

KRIS, K. Distress precipitated by psychiatric training among medical students. **American Journal of Psychiatry**, v. 143, n. 11, p. 1432-1435, novembro 1986.

- LANCMAN, S. O dilema do uso de atividades terapêuticas nos hospitais psiquiátricos brasileiros. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, v. 1, n. 1, p 24-49, maio-julho 1990.
- LARGE, T.R. Loneliness and the college therapist. **Journal of American College Health**, v. 31, n. 4, p. 170-173, 1983.
- LECOMPTE, D.A. Mental health program on the university campus. **Acta Psychiatrica Belga**, v. 85, n. 3, p. 444-449, 1985
- LESER, W. *et al.* **Elementos de Epidemiologia Geral**. 1.ed. Rio de Janeiro, Livraria Atheneu, 1985. 178p.
- LEVY-VALENSI, E.A., GAU, J.A., VEIL, C. Hygiene mentale et condition etudiante. **L'Hygiene Mentale**, v. 45, n. 4, p. 269-283, 1956.
- LLOYD, C. MUSSER, L.A. Psychiatric symptoms in dental students. **The Journal of Nervous and Mental Disease**, v. 177, n. 2, p. 61-69, fevereiro 1989.
- LORETO, G. Sobre problemas de higiene mental. **Neurobiologia**, v. 21, n. 3-4, p. 274-283, 1958.
- LORETO, G. Contribuição do aconselhamento psicológico para a saúde mental dos universitários. **Neurobiologia**, v.28,n. 4, p. 283-296, dezembro 1965.
- LORETO, G. **Uma experiência de assistência psicológica e psiquiátrica a estudantes universitários**. Tese para Concurso de Professor Titular- Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde- Recife, 1985, p. 182.
- LUCAS, C.J., STRINGER, P. Interaction in the university selection, mental health and academic performance. **British Journal of Psychiatry**, v. 120, p. 189-195, 1972.

- LUCAS, C.J. Psychological problems of students. **British Medical Journal**, v. 2, n. 1, p. 1431-1433, 1976.
- LUCENA, J., LORETO, G. Informação sobre o serviço de higiene mental para estudantes da faculdade de medicina da Universidade Federal de Pernambuco. **Neurobiologia**, v. 31, n. 2, p. 43-50, junho 1968.
- MARTINS, L.A.N. Morbidade psicológica e psiquiátrica na população médica. **Boletim de Psiquiatria**, v. 22-23, p. 9- 15, janeiro 1989 - dezembro 1990.
- MAXIMINO, V.S. O atendimento em grupos de terapia ocupacional. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar, São Carlos**, v. 1, n. 2, p. 105-120, agosto 1990 - janeiro 1991.
- McLEON, M., TERCEK, T., WISBEY, M. Facilitating mental health on college campuses: consultation between university counseling centers and offices of residence life. **Journal of American College Health**, v. 33, p. 168-170, fevereiro 1985.
- MECHANIC, D., GREENLEY, J.R. The prevalence of psychological distress and help-seeking in a college student population. **Social Psychiatry**, v. 11, n. 1, p. 1-14, 1976.
- MEILMAN, P.W. *et al.* Medical withdrawals from college for mental health reasons and their relation to academic performance. **Journal of American College Health**, v.40, n. 5, p. 217-223, 1992.
- MELO, M.L.A. Terapia para enfrentar o sufoco da tese. **Jornal da USP**, São Paulo, 10-16, maio 1993. p.11. (Entrevista concedida a Claudia Ribeiro Mesquita).
- MIADAIRA, E.S. Prescrevendo atividades . **Terapia Ocupacional - USP**, v. 2, n. 2-3, p. 105-111, junho-setembro 1991.

- MILLAN, L.R. Assistência psicológica ao aluno da FMUSP. **Boletim da Associação Brasileira de Educação Médica.** v. XVIII, n. 1, p. 2-7, 1986.
- MIRANDA, P.S.C., QUEIRÓZ, E.A. Pensamento suicida e tentativa de suicídio entre estudantes de medicina. **Revista ABP-APAL**, v. 13, n. 4, p. 157-160, 1991.
- MONKS, J.P., HEATH, C. A classification of academic, social, and personal problems for use in a college health department. **Student Medicine**, v. 2, p. 44-62, 1952.
- MORALEZ, R. **A experiência de implantação de um serviço de orientação e educação em saúde mental para estudantes universitários.** UFSCar, São Carlos S.P., 1989. Trabalho de Graduação - Departamento de Enfermagem, 28p.
- NAGELBERG, D.B., SHEMBERG, K.B. Mental health on the college campus: an epidemiological study. **Journal of American College Health**, v. 28, p. 228-230, fevereiro 1980.
- NAHOUM, C. **A entrevista psicológica.** Tradução de Evangelina Leivas, 2. ed. bras. Rio de Janeiro: Agir Editora 1978. 220 p.
- NEGY, C., WOODS, D. Mexican-Americans' performance on the psychological screening inventory as a function of acculturation level. **Journal of Clinical Psychology**, v.48, n. 3, p. 315-319, maio 1992.
- NIEMI, T. Use of mental health care in Finland by students in different fields of study. **Journal of American College Health**, v. 33, n. 3, p. 123-125, dezembro 1984.
- NIEMI, T. Problems among students seeking mental health care. **Journal of American College Health**. v. 36, n. 6, p. 353-354, maio 1988.

- NUCETTE, L.M. Evaluacion médico psicológica en estudiantes de medicina. **Archivos Venezolanos de Psiquiatria y Neurologia**, v. 31, n. 65, p. 51-60, julho-dezembro.
- OFFER, D., SPIRO, R.P. The disturbed adolescent goes to college. **Journal of American College Health**, v. 35, p. 209-214, março 1987.
- O'NEIL, M.K., LANCEE, W.J., FREEMAN, S.J.J. Help-seeking behaviour of depressed students. **Social Science Medicine**, v. 18, n. 6, p. 511-514, 1984.
- O'NEIL, M.K., LANCEE, W.J., FREEMAN, S.J.J. Sex differences in depressed university students. **Social Psychiatry**, v. 20, n. 4, p. 186-190, 1985.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10** - Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 351 p.
- ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. **Transtornos mentales: glosario y guía para su clasificación según la novena revisión de la clasificación internacional de enfermedades**. Washington, 1980. 104p.
- PACHECO E SILVA, A.C., LIPSZIC, S.L. **Estudantes de medicina hoje**. 1. ed. São Paulo: Edigraf, Ltda. 1962. 70 p.
- PAGANIZZI, L. y otros. **Terapia Ocupacional: del hecho al dicho**. 1. ed. Buenos Aires: Psicoterapias Integradas Editores, 1991. 107 p.
- PERDOMO, R., ARANGO, M.V., LOPEZ, R. Crisis universitaria y consulta psiquiatrica estudiantil. **Acta Psiquiatrica y Psicológica America Latina**, v. 21, p. 24-27, 1975.
- PERLMUTTER, R.A., SCHWARTZ, A.J., REIFLER, C.B. The college student psychiatric emergency: II - diagnosis and disposition. **Journal of American College Health**, v. 33, p. 152-158, fevereiro 1985.

- PINKERTON, R.S., ROCKWELL, W.J.K. One or two session psychotherapy with university students. **Journal of American College Health**, v. 30, p. 159-162, fevereiro 1982.
- PINKERTON, R.S., HINZ, L.D., BARRON, J.C. The college student athlete: psychological considerations and interventions. **Journal of American College Health**, v. 37, n. 5, p. 216-218, 1989.
- PYSKOTY, C.E., RICHMAN, J.A., FLAHERTY, J. A. Psychological assets and mental health of minority medical students. **Academic Medicine**, v. 65, n. 9, p. 581-584, setembro 1990.
- REIFLER, C.B., LIPTZIN, M.B., HILL, C. Epidemiological studies of college mental health. **Archives of General Psychiatry**, v. 20, p. 528-540, maio 1969.
- RIMMER, J., HALIKAS, J.A., SCHUCKIT, M.A. Prevalence and incidence of psychiatric illness in college students: a four year prospective study. **Journal of American College Health**, v. 30, p. 207-211, abril 1982.
- ROUQUAYROL, M.Z. **Epidemiologia e Saúde**. 3. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1988. 492 p.
- RUBIO, C.T., LUBIN, B. College student mental health: a person-environment interactional analysis. **Journal of Clinical Psychology**, v. 42, n. 1, p. 205-212, janeiro 1986.
- SCHUCKIT, M.A. *et al.* Four year prospective study on the college campus. **Diseases of the Nervous System**, v.34, p. 320-324, agosto-setembro 1973.
- SCOTT, D.W., KATZ, N. **Occupational therapy in mental health. Principles in practice**. 1. ed. London: Taylor & Francis, 1988. 222 p.
- SHOPPER, M., LEVY, N.B. Emotional difficulties in nursing students. **Archives General Psychiatry**, v. 16, p. 180-184, fevereiro 1967.

- SILVEIRA, N. **Terapêutica ocupacional. Teoria e prática.** Rio de Janeiro: Casa das Palmeiras, 1979. 66 p.
- SIMON, R. **Psicologia clínica preventiva: novos fundamentos.** 1.ed. São Paulo: Vetor, 1983. 203 p.
- SMITH, W.G., HANSELL, N., ENGLISH, J.T. Psychiatric disorder in a college population. **Archives of General Psychiatry**, v. 9, p. 351-361, outubro 1963.
- STANGLER, R.S., PRINTZ, A.M. DSM-III: psychiatric diagnosis in a university population. **American Journal of Psychiatry**. v. 137, n. 8, p. 937-940, agosto 1980.
- STUDENT mental health. **Canadian Medical Association Journal**, v. 102, n. 14, p. 304-307, 1970.
- THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação.** 3. ed. São Paulo: Editora Cortez, 1986, 108p.
- TYRRELL, J.L. A survey of levels of psychological distress and sources of stress among undergraduate occupational therapy students. 11<sup>o</sup> International Congress of the World Federation of Occupational Therapy, **Congress Summaries.** Londres: 1994, p.1331-1333.
- WESTERMEYER, J. Mental health care for medical students and residents. **Minnesota Medicine**, v. 70, n. 10, p. 565-569, outubro 1987.
- WHITAKER, L.C. Communicating the value of psychotherapy with college students. **Journal of American College Health**,v.33, p. 159-162, fevereiro, 1985.
- WILCOCK, A.A. **Health promotion and occupational therapy.** Melbourne-Australia: World Federation of Occupational Therapy. 1990. p. 211. Apostila.

WILMS, J. H. How much for mental health. **Journal of American Health Association**, v. 13, p. 422-430, 1965.

WILSON, M. **Occupational therapy in long-term psychiatry**. 2. ed. London: Churchill Livingstone, 1987. 222 p.

WILSON, M. **Occupational therapy in short-term psychiatry**. 2. ed. London: Churchill Livingstone, 1988. 320 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration of Alma-Ata**. Formulating strategies for health for all by the year 2000, Geneva, 1978.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Ottawa Charter for Health Promotion**. Canadian Public Health Association, Ottawa, 1986.