

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS

FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria

B E M E S T A R E M O C I O N A L E M

E S T U D A N T E S U N I V E R S I T Á R I O S

- U M E S T U D O P R E L I M I N A R -

TESE DE DOUTORAMENTO.

J O E L S A L E S G I G L I O

BIBLIOTECA CENTRAL

A Zula, minha esposa,
a meus familiares,
aos colegas e funcionários de
meu Departamento,
aos alunos da UNICAMP.

ESCLARECIMENTOS E AGRADECIMENTOS

Este trabalho contou com a colaboração da Assessoria do Departamento de Estatística do Instituto de Matemática e Ciências da Computação da UNICAMP, através dos Profs. Aida Verdugo Lazo, Christina Wen-Fong Su e Eduardo F. Balles-ter. Esta equipe esteve encarregada do tratamento estatístico de maneira geral, incluindo os cálculos estatístico-computacionais, com exceção daqueles referentes à validação do Questionário de Saúde Geral e dos Testes de Qui-quadrado aplicados. Agradeço a esses profissionais sua imprescindível participação.

A tradução do "General Health Questionnaire" (GHQ) contou com a participação dos Profs. Irene Ferraz Chiozini, Reynaldo Gonçalves e Peter Frie, a quem também deixamos nos-
sos agradecimentos.

Quero ainda agradecer a orientação recebida do Prof. ENZO AZZI, chefe do Departamento de Psiquiatria e Psicologia Médica da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, e a todos os que nos prestaram ajuda com críticas, sugestões ou tomando providências administrativas necessárias ao andamento da pesquisa. Em especial, às seguintes pessoas: Prof^a. Rachel Vilela Fávero, chefe do Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Dr. Décio Silveira Pinto de Moura, Prof^a. Opheli-na Rabello, Prof. Joel Martins, Prof. Antônio Rufino Neto e Prof. José da Rocha Carnevalheiro. Também agradeço a colabora-ção da Coordenadoria Geral da UNICAMP, através do Sr. Antô-nio César Aliandro, e ao pessoal do Serviço de Registro e Con-trole Acadêmicos (SERCA), em particular à D. Lay.

Aos alunos que responderam de forma tão generosa os questionários fica também a minha imensa gratidão.

JOEL SALES GIGLIO.

Í N D I C E

Cap. 1. Introdução	1
Cap. 2. Revisão de literatura especificamente voltada para saúde mental de estudantes universitários.	5
Cap.3 . Material e Metodologia	17
- Delimitação da população	17
- Determinação da amostra	17
- Escolha dos instrumentos e método de aplica- ção	21
- Considerações sobre o Questionário de Saúde Geral (G.H.Q.)	22
- Construção do Questionário de Dados Pessoais e Sociais (Q.D.P.S.)	30
- Aplicação dos Instrumentos	74
- Validação do G.H.Q.	76
Cap. 4. Resultados	88
- Apresentação de alguns conceitos de forma teórica	88
- Resultados da validação	93
- Resultados da aplicação do G.H.Q. e do Q.D.P.S. na amostra inicial	95
Cap. 5. Discussão dos resultados e conclusões	124
Cap. 6. <u>Anexos</u>	
Anexo I - General Health Questionnaire - apresentação do original	137
Anexo II- Forma traduzida e adaptada do G.H.Q.	142
Anexo III-Questionário de Dados Pessoais e Sociais (Q.D.P.S.)	143
Anexo IV- Roteiro para entrevista clínica estruturada	144
Cap. 7. Citações Bibliográficas	166

Í N D Í C E D E T A B E L A S

Pág.

Tabela 1:	Número de alunos matriculados na UNICAMP em 1975, segundo o curso	18
Tabela 2:	Distribuição dos alunos da amostra inicial pelos estratos, e segundo o sexo	21
Tabela 3:	Constituição do Grupo de Validação com algumas características bio-sociais, classificação clínica e Escores do G.H.Q.	81
Tabela 4:	Variação da Sensibilidade e Especificidade com o "cutting - score"	94
Tabela 5:	Variação do Valor Preditivo com a Prevalência, supondo-se um "cutting-score" 18/19.95	
Tabela 5-A:	Listagem por ordem crescente de Escore	96
Tabela 6 :	Número e porcentagens de respondentes com Escore G.H.Q. (0,0,1,1) > 18, por estrato	107
Tabela 7:	Número de homens e de mulheres com Escore G.H.Q. (0,0,1,1) > 18	108
Tabela 7-A:	Distribuição das frequências absolutas e relativas (em porcentagem) das Variáveis Independentes pela amostra inicial	109
Tabela 8:	Correlações entre as Variáveis Independentes e o Escore do G.H.Q.	115

§ § § § § §
 § § § §
 § §
 §

1. INTRODUÇÃO

As razões e motivações que nos fazem enveredar por algum campo de pesquisa nem sempre se manifestam em nós com toda a clareza.

Em termos gerais, elas incluem a nossa experiência de vida, a nossa formação profissional, o contacto com trabalhos de outros colegas, - e muitas outras, cuja influência motivadora nem sempre é totalmente consciente. Pensando nas motivações que me levaram a preocupar-me pelo bem estar emocional dos estudantes universitários, é que, à maneira de introdução, gostaria de expô-las.

Creio que uma delas se originou da justaposição de dois papéis profissionais - médico e docente - em contacto com pessoas em formação universitária. Embora não se tenha por objetivo exercer o papel do médico quando se toma contacto com o estudante nas aulas, - seminários e em outras ocasiões não formais, ele muitas vezes se evidencia, ao não se poder deixar de perceber e sentir as inquietações, angústias e problemas entre alguns daqueles que se chegam - mais até nós, e que às vezes, de forma franca e espontânea nos falam de suas dificuldades. A nossa atenção médica é assim despertada para a existência, ao nosso lado, de uma população de pessoas jovens, que parecem formar um todo com características próprias, passando por - fases evolutivas, limítrofes, exercendo papéis sociais similares, - permanecendo num mesmo local geográfico por boa parte do dia, exercendo atividades de formação e mesmo ^{de} lazer juntas, constituindo em fim o que chamaríamos uma comunidade. Essa nossa percepção é então confrontada com princípios de Medicina Comunitária, e passamos a pensar que qualquer ação nossa em favor da saúde dessa população deve se basear na percepção de sua existência como um grupo de indivíduos com características peculiares e específicas, e decidimos que um primeiro passo para nossa contribuição para o estudo do nível de saúde dessa população poderia ser uma tentativa de caracterização do seu bem estar emocional, mesmo que para isso viéssemos a estudar sua negação, isto é, o "mal estar".

Uma segunda motivação, talvez de natureza mais intelectual do que a que a anterior, viria da nossa convicção de que a formação do estudante não se deve voltar primordialmente para os aspectos intelectuais, mas deve visar a personalidade como um todo. A esse respeito, o Prof. Galdino Loreto, da Universidade do Recife, ao falar sobre o início dos primeiros serviços de orientação psico

lógica a estudantes, nos E.E.U.U., há mais ou menos 50 anos atrás, - nos esclarece:

"Desde então cada vez mais tem-se firmado entre os educadores daquele país e de todo o mundo, a convicção de que o que importa verdadeiramente para o estudante é o amadurecimento da personalidade total e não apenas o mero treinamento do intelecto".

Somos da opinião de que uma vez que surjam evidências que o desenvolvimento da personalidade do estudante esteja sendo prejudicado por fatores internos ou externos, ele deve ter o direito de recebeber da própria universidade a ajuda necessária para a superação de suas dificuldades de forma proveitosa para si mesmo.

Hoje assumimos que na saúde mental ou bem estar psíquico, que na verdade é simplesmente um aspecto da saúde, entram em jogo um grande - número de fatores, entre eles os ambientais. Sem cair no extremo de assumir para si, de uma forma paternalista, toda a responsabilidade pelo estado de saúde do aluno, a universidade deve compreender que ela desempenha aí um papel importante, qual seja, o de fornecer estímulo e oportunidades que contribuam eficazmente para o amadurecimento da personalidade e para a ultimação do treinamento e desenvolvivimento de suas potencialidades, capacitando-o a exercer papéis no meio social, de forma plena e fecunda.

Uma terceira razão se apóia na nossa percepção da importância da população universitária de um ponto de vista prospectivo e social. Espera-se que dessa população é que irão surgir, com a evolução de nossa sociedade, as lideranças formais e informais que regerao os nossos destinos.

Uma quarta razão baseia-se na nossa observação pessoal e na de pesquisadores que estudaram o assunto de que os distúrbios emocionais nos estudantes geralmente dificultam o processo de aprendizado escolar.(*) É fácil inferir que essa interferência pode resultatar em nova fonte de tensão e preocupação para o estudante, que por sua vez poderão intensificar algum processo psicopatológico que se tenha desencadeado por outras razões, favorecendo assim o estabelecimento de um mecanismo de "feed-back" que muitas vezes tem como consequência última a saída do jovem da universidade.

(*) Nicholi, 1968; Murguía, 1971; Crown, Lucas et al., 1973.

1.2. Objetivos

O objetivo geral de nosso trabalho é fazer um estudo do bem estar emocional do estudante da Universidade Estadual de Campinas.

Tocamos atrás na utilidade de se caracterizar a situação de bem estar emocional de uma população como um dos primeiros passos para uma contribuição ao estudo de seu estado de saúde. De forma analógica, primeiro tirar um retrato, mesmo não muito preciso, para depois tentar propor algumas medidas ou se passar à ação de promoção de saúde. É nessa primeira fase, nesse tirar um retrato, mesmo que não acabado, "sem retoque", que nos propusemos trabalhar. E para isto optamos pelo modelo epidemiológico, que tem por objetivo, segundo Reid, determinar o risco de que uma coletividade se veja afetada por determinados distúrbios, e descobrir indícios sobre sua origem e seu modo de propagação. Ainda é Reid quem afirma que:

"Esos indicios se obtienen de la distribución de la enfermedad en función del tiempo, del espacio y de las características distintivas de los individuos y de los grupos sociales afectados".

Também falamos que propusemos estudar o "bem estar" emocional, a partir de sua negação, ou seja do "mal estar" emocional. Acreditamos que nossa opção pelo modelo médico-epidemiológico nos possibilitaria uma visão razoável do que pretendíamos. O "mal estar" emocional compreenderia, para nós, os problemas emocionais que aparentemente não estejam na dependência das categorias diagnósticas seguintes: Psicoses Funcionais e Orgânicas, Quadros Orgânico-Cerebrais, Sociopatias, e Retardo Mental. Dessa maneira, sempre que falarmos em problema emocional no presente trabalho - será com o sentido acima exposto, e não com o sentido mais específico de neurose que às vezes lhe é dado. Esse termo será por nós evitado, em primeiro lugar porque este trabalho não tem por objetivo estabelecer diagnósticos específicos, e em segundo, por sua conotação um pouco diversa que varia em sua conceituação de acordo com o esquema referencial teórico usado (Goldberg, 1972).

Conforme veremos mais à frente, o instrumento que usaremos para a detecção desses "problemas emocionais" não possui uma eficiência total. Aliás, nenhum instrumento consegue, - mesmo os usados em campos da Ciência mais exatos do que o nosso. Por isso preferimos definir o objetivo geral do presente trabalho da seguinte forma: estudo, de natureza epidemiológica, de evidências de problemas emocionais na população universitária da Universidade Estadual de Campinas, excluindo-se aqueles aparentemente decorrentes das categorias diagnósticas referidas acima.

Essa exclusão prende-se aos seguintes motivos:

- 1º) Baixa ocorrência de quadros psicóticos na população geral - quando comparado com outros problemas psicológicos e psiquiátricos
- 2º) O mesmo em relação aos quadros orgânico-cerebrais.
- 3º) Dificuldade de detecção de sociopatias através de questionários e provável ausência desses quadros de forma franca, na universidade, devido à sua própria natureza.
- 4º) Ausência de retardo mental na universidade, por motivos óbvios.

O objetivo geral pode por sua vez distribuir-se em 3 itens:

- 1º) Estimação da ocorrência de evidências de problemas emocionais em um dado momento, na população considerada.
- 2º) Determinação de certas características dos indivíduos em estudo, as quais chamamos "Dados Pessoais e Sociais", e que hipoteticamente estejam relacionadas com o bem estar emocional.
- 3º) Verificação, através de análise estatística adequada, de que características ou grupos de características estão relacionados com evidência de problemas emocionais, em um momento dado.

2. Revisão da Literatura especificamente voltada para saúde mental de estudantes universitários

Vamos dedicar esta seção à revisão de trabalhos sobre saúde mental do estudante universitário, especificamente. Todavia aparecerão o mesmo tipo de referências em outras seções, por força da estrutura geral de nossa pesquisa.

Os trabalhos que encontramos podem se dividir em três tipos, segundo a orientação básica adotada: - 1º) trabalhos de natureza teórica-especulativa. 2º) trabalhos de cunho pragmático, que partem de dados obtidos ou inferidos a partir de populações que procuram ou foram encaminhadas a atendimento psicológico e/ou psiquiátrico. 3º) trabalhos de natureza pragmática, que partem de dados obtidos de populações gerais, não necessariamente em atendimento. Há ainda um quarto tipo, constituído por trabalho que mesclam esses enfoques. Seja qual for o enfoque, a maior parte deles é proveniente do exterior. No Brasil a maioria dos trabalhos são do 1º e 2º tipo, quase não havendo do 3º. Isto nos parece uma carência, pois ultimamente tem-se valorizado muito esse tipo de enfoque na Medicina Geral, e particularmente na Psiquiatria, a despeito das dificuldades de se obter métodos eficazes para pesquisar problemas psicológicos na população geral.

A esse respeito, Segal (1966), dos E.E.U.U., nos informa:

"Numa recente discussão sobre áreas onde são necessárias mais informações sobre a saúde emocional dos estudantes ficou estabelecido: a prioridade deve ser dada a estudos de achados de fato (fact-finding studies), à coleta de informação básica a respeito da natureza e extensão do problema. As conclusões que podem ser tiradas de uma pesquisa dos conhecimentos atuais são que nós não temos dados bem sistematizados sobre a magnitude do problema - dos distúrbios emocionais nos estudantes, em termos de número de casos ou da variedade dos problemas apresentados."

O autor ainda enfatiza a necessidade de estudos de "prevalência real" (true prevalence) isto é, que as estimativas sobre a prevalência sejam feitas primordialmente a partir de populações gerais, que não foram ou não estejam necessariamente em tratamento. Ainda no sentido de valorizar tais estudos, após analisar os principais trabalhos feitos nos E.E.U.U., afirma que dos estudantes - que necessitam ajuda psicológica apenas 1/4 a procura realmente, mesmo quando essa ajuda é oferecida em serviços de alta qualidade, com profissionais capacitados e rigoroso sigilo profissional.

Embora a tendência geral seja a de valorizar mais as pesquisas "de campo", na população geral, há os que defendem as estimativas feitas a partir de pessoas tratadas em serviços de assistência psicológica, como sendo mais realistas. Baker (1964), da Clark University, U.S.A., opina que os trabalhos com populações - não selecionadas tendem a superestimar a ocorrência de distúrbios emocionais, incluindo nessa categoria situações transitórias que não são realmente expressões psicopatológicas, admitindo por outro lado que nem todos os estudantes que procuram tratamento o necessitam realmente, e que há uma parte dos que necessitam que nunca o procurarão.

O problema maior nas pesquisas em população geral parece residir nos procedimentos metodológicos destinados à detecção de problemas emocionais. Embora tenha havido uma rápida evolução nesse sentido, com a elaboração de entrevistas estruturadas e questionários, a situação ainda está longe de ser satisfatória. A diversidade dos métodos empregados, dificultam enormemente a comparação entre as pesquisas, bem como a diversidade dos ambientes culturais onde são realizadas.

Lucas, Crown et. al. (1974) discutem os diversos modelos - que têm sido usados na Inglaterra para o estudo da saúde mental do universitário. Consideram também que, se considerarmos a contribuição potencial dos estudantes à comunidade, o crescimento de clínicas de Higiene Mental para estudantes tem sido irrelevante - naquele país. Aceitam como bem estabelecido que 5% dos estudantes têm distúrbios psicológicos que produzem sério desconforto, e que

lo a 20% têm problemas menos graves mas que lhes trazem dificuldades. Aham que já está aceito que providências especiais devem ser tomadas para esse tipo de problema, como parte de uma série de atividades preventivas e de tratamento que são importantes para uma comunidade estudantil. (Essa forma de encarar os problemas - do universitário dentro do espírito comunitário tem sido a tônica comum à maioria dos trabalhos que consultamos, de diversas procedências...).

Na Inglaterra, o enfoque foi inicialmente médico-nosológico, passando depois a receber influências dos modelos psicológico, com especial ênfase nos aspectos psicodinâmicos, do modelo behaviorista, do de aconselhamento e do social-interacional. Crown (1974) chama a atenção para o fato de os modelos psicológico, psicodinâmico e behaviorista relacionarem-se essencialmente com o indivíduo, podendo subestimar a dimensão social.

Os mesmos A. comentam que há uma constatação crescente da importância do meio institucional para a saúde mental do estudante:

"Esse meio inclui uma grande gama de aspectos complexos e interrelacionados, por exemplo : conteúdo do curso, método de ensino, métodos de avaliação e exame, sistema tutorial e o grau de contacto entre estudantes e corpo docente. As diversas condições de vida (alojamentos, pensões e residências) apresentam seus problemas particulares, e o relacionamento com a família continua sendo de grande importância."

A esse respeito Brown et al (1973) nos diz que a importância de fatores sociais vem sendo há muito tempo reconhecida na Psiquiatria, mas que só recentemente os problemas metodológicos - que equacionam o relacionamento dos eventos sociais com distúrbios psicológicos vem sendo analisados criticamente. Para ele, o estudo dos problemas psicológicos dos estudantes parecem constituir um campo promissor para o estudo desses fatores.

Embora valorizando o modelo social, Crown et al (1974) não abandona o modelo médico, colocando apenas que ele deve ser modificado e atualizado:

"O modelo médico modificado e atualizado mantém considerável interesse, tanto para a reprodução de achados epidemiológicos prévios, como para avançar no entendimento dos fatores psicológicos e sociais que se relacionam com a etiologia".

Falando do modelo psicológico, que dividem em Psicométrico e Psicodinâmico, os A. lembram que os achados mais importantes são os que concluem haver relacionamentos complexos entre instabilidade emocional e sucesso ou falha acadêmica. A instabilidade emocional pode relacionar-se a um espectrum de resultados académicos que vão desde o mais alto sucesso até a falha completa (grifo nosso).

Ao finalizarem seu exame crítico dos modelos de estudo da saúde mental do estudante na Inglaterra, Lucas e Crown enfatizam mais uma vez a importância de se considerar os fatores sociais:

"Se, como pensamos, é essencial um ecletismo crítico para o futuro desenvolvimento dessa área, então a inclusão da dimensão social é crucial."

Analisando o problema mais do ponto de vista teórico, Amado - Levi - Valensi et. al. (1956), da França, discutem o problema mais do ponto de vista teórico. Insistem na necessidade de médicos, universitários e responsáveis pela saúde pública voltarem-se para o problema da saúde mental na universidade. Discutindo os prováveis fatores que estariam favorecendo o aumento da morbilidade de problemas mentais no meio universitário francês, supõem que sejam as condições de vida dos intelectuais em formação ou talvez a maior sensibilidade do intelectual aos fatores patógenos ligados a essas condições. Observam o carácter patógeno dos concursos e exames e o aspecto ansiógeno das provas, avaliado na plenitude do seu significado simbólico. Verificam também que é extremamente va

riada a gama de problemas apresentados pelos estudantes. Observam no entanto que parecem serem específicas a fragilidade do universitário diante de suas dificuldades, e a natureza propriamente "escolar" da sintomatologia - estes aspectos, para os A., tornam evidente a necessidade de uma dupla abordagem - médica e pedagógica (grifo nosso).

Falando dos tipos de problemas que foram atendidos pelo Bureau de Auxílio Psicológico ao Universitário francês, os A. citam problemas familiares, dificuldades psicosexuais, mau relacionamento com o meio, erros de orientação, etc... Lembram ainda que os estudantes atendidos distinguem-se da população geral não pelo aspecto psicopatológico propriamente dito, mas nas características do estado pré-mórbido.

Danon-Boileau (1956), também da França, divide os principais fatores que interferem com o equilíbrio psicológico dos estudantes da seguinte forma: 1º) problemas pragmáticos: econômicos, de ensino e culturais 2º) repercussões psicológicas dos fatores materiais, como por exemplo a tensão dos exames, as dificuldades emocionais provocadas pelo afastamento da família, a dependência econômica prolongada, etc... 3º) aspectos específicos da psicologia do estudante como as tentações de amoralismo, tendência ao intelectualismo e o infantilismo afetivo.

Loreto, do Brasil, parece ser o investigador que mais seriamente tem estudado o assunto entre nós. Em 1956 descreve o Serviço de Higiene Mental para Estudantes na Universidade Federal de Pernambuco. Esse serviço tinha como meta fazer um trabalho preventivo, isto é, procura detectar na comunidade quais as pessoas que têm maior probabilidade de estarem passando por dificuldades emocionais, usando para isso instrumentos apropriados, e propondo a esses estudantes um estudo mais aprofundado de sua personalidade, fornecendo aos necessitados, e na etapa seguinte, ajuda psicológica adequada. O serviço atendia também os que o procuravam voluntariamente, ou que eram encaminhados por colegas e professores. Dos estudantes atendidos, 32% apresentaram, até 1956, sintomatologia neurótica, e os restantes dificuldades de personalidade e padrões habituais de reações inadequados, não havendo casos de Psicose.

Loreto comenta que a grande maioria dos problemas estão ligados à vida pessoal do estudante; em apenas dois casos em 37 parece ter havido uma importância decisiva das circunstâncias relacionadas à vida escolar. Todavia quase todos reconhecem que as dificuldades emocionais prejudicam seu rendimento nos estudos, e que provavelmente trarão empecilhos para a futura vida profissional.

Em trabalho mais recente (1972) o mesmo autor põe em relevo o agravamento dos problemas comuns aos diversos cursos universitários pelas condições de vida pouco satisfatórias dos estudantes ou pelas deficiências do sistema pedagógico:

"Em termos ideais um programa de saúde mental para universitários deveria começar então por uma série de medidas de assistência sócio-econômica que lhes proporcionasse as condições ótimas para o cumprimento de suas obrigações escolares. Exigiria além disto, uma reforma lenta e progressiva do espírito e dos métodos do ensino superior que permitisse à Universidade integrar a tarefa de transmissão de informações e técnicas dentro de um trabalho mais amplo e mais profundo de formação global da personalidade dos estudantes."

Analisando os casos de estudantes atendidos na Cadeira de Clínica Psiquiátrica da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pernambuco, divide-os em casos com sintomatologia psiquiátrica caracterizada e casos sem quadro psiquiátrico definido. Conclui que estes fazem a maioria (60%). Esses casos, aos quais o autor atribui "dificuldades emocionais diversas" são compreendidos do ponto de vista psicodinâmico, como expressivos das vicissitudes inerentes à formação do Ego, das últimas fases do desenvolvimento do esquema de Erikson, particularmente da fase da constituição da própria identidade. Após fazer considerações de cunho psicodinâmico sobre a natureza dos sintomas mais frequentemente apresentados, o A. lembra a individualidade da expressão sintomato

lógica, apesar da fase evolutiva condicionar problemas básicos comuns:

"Embora as vicissitudes sejam basicamente as mesmas em todos os indivíduos, é evidente que sua forma de expressão variam em cada caso conforme o tipo de disposições reativas temperamentais, biologicamente condicionadas, e a natureza e a gravidade dos conflitos interpessoais existentes no grupo familiar."

Pacheco e Silva e Lipszic (1962), também no Brasil, realizaram estudos com estudantes de 4º ano médico, através de questionários e autobiografias. Esses autores encontraram porcentagens e levadas de dificuldades nas relações interpessoais, de dificuldades na adaptação ao meio universitário e de problemas de personalidade. Este trabalho, embora tenha-se limitado a uma população pequena e específica, tem o mérito de ir a campo colher os dados, procurando assim ir de encontro à realidade mais geral do estudante.

Albuquerque (1973) tece considerações sobre a dificuldade de se fixar um conceito satisfatório de saúde mental, seja em que meio fôr. Põe em relevo a imprevisibilidade da pessoa humana para justificar uma posição que nos parece radical:

"a pessoa humana é tão complexa e imprevisível que mesmo depois de anos de Psicanálise é arriscado emitir opiniões sobre seu grau de saúde ou doença."

A respeito do universitário propriamente o A. enfatiza o descompasso entre o amadurecimento biológico e o social, o primeiro chegando antes, por força das discrepâncias entre o recebimento de cargas cada vez maiores de conhecimento e treinamento, e as dificuldades encontradas para trabalhar e assumir responsabilidades familiares e sociais:

"Mantido, assim, na dependência econômica e hierárquica dos mais velhos, é impiedosamente bombardeado pela informação de toda a problemática do nosso tempo e pressionado a tarefas renovadoras. Nas universidades tudo é julgado; a família, a educação, as religiões e a própria civilização. O ímpeto dos jovens e o caráter de nosso tempo fazem o resto: criam necessidades de difícil satisfação, principalmente de forma instantânea como parecem necessárias."

Albuquerque ainda comenta que os universitários enfrentam, despreparados, uma atmosfera competitiva, para ingressarem num mundo hostil, cheio de exigências e sumamente organizado tecnologicamente. Insiste em que as universidades devem estar aparelhadas para o diagnóstico precoce de todas as manifestações de sofrimento emocional de seus alunos (Prevenção secundária), e lembra que no Brasil poucas são as que preenchem tal requisito. Coloca a universidade como um ponto intermediário entre a juventude e a sociedade adulta. São suas palavras:

"Não basta que a universidade prepare a juventude para a missão que a espera. É imperativo que influa também sobre a sociedade para torná-la receptiva e apropriada aos nossos homens que vão crescendo."

Carlos Pucheu e colaboradores (1971), da Faculdade de Medicina da Universidade Nacional do México colocam o problema da Saúde mental do universitário dentro do enfoque da Psiquiatria Preventiva. Desenvolvem um método de prevenção secundária, usando como instrumento de diagnóstico precoce o teste MMPI, com algumas modificações. No seu trabalho, os A. tentam fazer o diagnóstico precoce de duas maneiras: - 1º) esclarecendo a população estudantil, mediante o fornecimento de informações a respeito dos distúrbios mentais e seus sinais e sintomas mais sutis 2º) levando a

frente um programa de identificação de casos suspeitos, que permita o tratamento breve dos alunos com bom prognóstico, e o tratamento intensivo de outros com mau prognóstico, nas primeiras etapas da doença. Aqui entra o uso do teste MMPI numa etapa preliminar. Os A. insistem que o diagnóstico precoce definitivo só é feito numa 2a. etapa, através da entrevista clínica auxiliada por outras provas.

O relacionamento entre a saúde mental, aproveitamento escolar e abandono dos estudos têm sido também estudado, tanto ao nível teórico, como prático. Aceita-se comumente que as dificuldades emocionais dificultam o aprendizado pelo dispêndio de energia desviada para a tentativa de soluções de conflitos, e que, por outro lado, fracassos escolares costumam desencadear desequilíbrios emocionais. No nosso contacto com alunos temos sentido que o bom rendimento acadêmico costuma ocupar um alto posto na escala de valores do universitário, e que as falhas na vida acadêmica costumam dar lugar a reações depressivas de maior ou menor intensidade, dependendo da personalidade do aluno.

Murguía (1971) diz que o abandono dos estudos é, com bastante frequência, mais consequência de distúrbio emocional do que de dificuldades intelectuais.

Crown, Lucas e Supramanian (1973) levaram a efeito estudo sobre dificuldades nos estudos, e concluíram que a análise dos padrões de sintomas indicavam que é possível delinear componentes psiconeuróticos e motivacionais.

Kidd e Calbeek (1966), observaram relacionamento entre distúrbios severos e abandono da escola. Lucas, Kelvin e Ojha (1966) encontraram resultados semelhantes.

Nicholi (1967) estudou o relacionamento do abandono da faculdade com problemas de saúde mental, na Universidade de Harvard. Ele observou inicialmente que as consultas psiquiátricas entre os estudantes que deixavam a universidade eram quatro vezes mais frequentes do que entre os demais. Desses alunos que consultaram o psiquiatra antes de abandonar a escola apenas 10% não apresentavam algum tipo de distúrbio psicológico. Chamou-nos a atenção a observação do A. de que havia uma maior tendência de abandonar a

escola por problemas psicológicos, quanto maior fosse o "desempenho intelectual" do aluno. Isto parece ir contra a crença comum de que a permanência na faculdade depende primariamente dos dotes intelectuais, conclui o autor.

Estudando os motivos psicológicos que influíam na decisão de abandonar os estudos, Nicholi encontrou a depressão como o mais freqüente e o mais significativo. No entanto, o relacionamento dinâmico da depressão com a saída da escola parece ser complexo, não bastando considerá-la como causa ou como efeito. Em alguns casos, por exemplo, ela pode funcionar como ambos, dentro de um sistema cibernético de retro-alimentação.

Ainda nos E.E.U.U., queremos citar o trabalho de Kohl (1951) que durante 14 anos esteve à frente do Serviço Psiquiátrico da Fac. de Medicina da Universidade de Cornell. Durante esse tempo, 25% do corpo discente procurou ajuda psicológica. Durante as entrevistas os estudantes descreveram um certo número de fatores ambientais que consideravam significativos em seu ajustamento à escola médica. Embora a maioria deles possuísse nível intelectual superior, as solicitações do curriculum acadêmico constituíram um grande problema de ajustamento. Kohl observa que a transição do curso secundário para o universitário é muito brusca e estressante, havendo uma passagem repentina de formas passivas para formas ativas de aprendizado. Mesmo quando o desempenho do aluno foi bom no curso secundário, ele tem que procurar novos métodos de estudo para manter sua eficiência.

Também nos chamou a atenção a observação desse autor quanto à natureza "factual" das ciências básicas na área biológica — esta característica tenderia para ele a bloquear a imaginação e a criatividade, que eram mais solicitadas na educação pré-universitária. As limitações de tempo impostas por pesados currículos impedem, na sua opinião, o desenvolvimento do interesse nos assuntos que despertam maior gosto em cada estudante. Sua segurança quanto ao "bom desempenho" de sua rotina acadêmica é mesmo ameaçada pelas pequenas doenças físicas que eventualmente ocorram.

Segal, (1966) ao fazer uma revisão de pesquisas publica -

das nos E.E.U.U. chegou a uma série de conclusões que resumiremos a seguir:

1º) Pelo menos 7 a 8% dos universitários têm problemas emocionais sérios; a proporção total provavelmente é quase duas vezes mais alta porque o número de "falsos positivos" parece ser bem maior do que o de "falsos negativos"; talvez outros 20% apresentem problemas mais leves, que os impossibilitam no entanto de fazer uso pleno de suas potencialidades.

2º) há uma maior proporção de estudantes com "bons hábitos de estudo" entre aqueles com menores índices de distúrbios emocionais.

3º) Escores altos indicativos de distúrbios emocionais estão relacionados com piores relações com os pais.

4º) As moças procuram as clínicas de ajuda psicológica mais freqüentemente que os rapazes; os "calouros", mais que os "veteranos"; o estudante com sérias dificuldades acadêmicas mais do que aqueles sem essas dificuldades; judeus e não afiliados a nenhuma religião, mais do que protestantes e católicos.

Dos estudantes que procuravam ajuda havia também uma maior proporção de indivíduos que não pertenciam a grupos sociais (fraternidades, grupos esportivos, etc.).

5º) Os que procuraram a Clínica de Higiene Mental da Universidade de Yale aparentemente tinham poucas fontes de apoio entre seus colegas e familiares.

Dentre as conclusões da revisão feita por Segal parece que se pode inferir algum relacionamento entre integração social e saúde mental, no sentido positivo. Este aspecto foi observado por Hansell et. al. (1964, 1965) que encontrou uma maior proporção de pessoas julgadas como "clínicamente perturbadas" no grupo de indivíduos com escores de "Engajamento Social" mais baixos.

Smith et. al. (1964) estudaram o problema da saúde mental nos estudantes, relacionando-a com Valores, e demonstraram que existe correlação entre determinados tipos de valores e saúde mental. Em particular, os indivíduos com valores sociais bem desen-

volvidos tendem a apresentar menos distúrbios psico-patológicos ; além disso observaram que aqueles que não apresentam nenhum valor dominante apresentam maior risco a esses distúrbios.

Queremos também lembrar o trabalho de Lucena, Sette e Souto Sette (1963), que aplicaram o Cornell Index a um grupo de 1907 universitários da Universidade Federal de Pernambuco, encontrando 12% de respondentes com sinais de "neuroticismo". Sampaio e Lins evidenciam o valor preditivo desse levantamento, constatando que os estudantes que apresentaram durante o curso problemas psiquiátricos haviam obtido escores significativamente superiores por ocasião do vestibular, quando comparados a um grupo controle.

3. MATERIAL E METODOLOGIA

3.1. Delimitação da População a ser estudada

A Universidade Estadual de Campinas compõe-se de um grande número de faculdades, a maior parte delas concentradas em Campinas. Apenas situam-se fora Odontologia e Tecnologia Sanitária, em Piracicaba e Limeira, respectivamente. Nesta última cidade se localiza também parte do curso de Engenharia Civil, que corresponde ria ao 3º, 4º, 5º anos. Ela inclui também um Colégio Técnico, com diversas áreas de profissionalização. Na Tabela 1 (pág. 18) pode se ver o número de alunos matriculados pelos diversos cursos universitários da UNICAMP, no ano de 1975, excluindo-se os alunos de Piracicaba e Limeira.

Para efeito de nosso estudo consideramos apenas os cursos universitários sediados em Campinas, incluindo a primeira parte do curso de Engenharia Civil (Básico). A exclusão dos cursos sediados em outras cidades se deu em função das dificuldades de acesso a essas populações, considerando-se que este nosso estudo não pretende ser definitivo, mas apenas "levantar o véu" da questão, e que ele implicará provavelmente em um prosseguimento através de novas pesquisas.

3.2. Determinação da amostra

Levando em conta o grande número de indivíduos da população - 3.865 indivíduos - optamos por trabalhar com uma amostra aleatória. Partindo de observações clínicas pessoais e das de profissionais de nosso relacionamento, com larga experiência em atendimento de universitários e de sugestões da literatura (Loreto, 1958), partimos da hipótese de que os problemas emocionais teriam uma diferente prevalência nas diversas áreas profissionais a serem consideradas, e optamos por uma amostragem aleatória estratificada proporcional.

Inicialmente pensamos em adotar como estratos as áreas profissionais seguintes: Ciências Tecnológicas (Cursos de Engenharia de maneira geral), Ciências Exatas, Ciências Biológicas e Ciências Humanas que correspondem aos seguintes agrupamentos na "Uni-

TABELA 2 - : Número de alunos matriculados na UNICAMP em 1975, segundo o curso.

CURSO	BRASILEIROS		ESTRANGEIROS		TOTAL
	MASC.	FEM.	MASC.	FEM.	
Eng. Química	41	7	4	0	52
Eng. Mecânica	293	0	19	0	312
Eng. Elétrica	297	11	26	1	335
Eng. Civil	126	6	9	0	141
Eng. Aliment.	212	80	12	2	306
Matemática	108	91	5	4	208
Computação	205	81	17	3	306
Física	185	44	8	2	239
Química	122	73	6	7	208
Estatística	128	58	4	3	193
Medicina	309	182	25	6	522
Biologia	32	91	0	7	130
Básico de CH	58	116	1	0	175
C. Sociais	46	91	2	2	141
C. Econômicas	98	88	5	0	191
Linguística	151	238	7	3	399
Pedagogia	9	86	0	2	97
TOTAL	2420	1343	150	42	3865

"
camp:

Ciências Tecnológicas	{	Engenharia Química
		Engenharia Mecânica
		Engenharia Elétrica
		Engenharia Civil (básico)
		Engenharia Tecnológica de Alimentos

Ciências Exatas	{	Matemática
		Estatística
		Computação
		Física
		Química

Ciências Biológicas	{	Ciências biológicas
		Medicina

Ciências Humanas	{	Ciências Sociais
		Ciências Econômicas
		Linguística
		Ciências Humanas-curso básico
		Pedagogia

Embora a formação dos estratos fazendo-os corresponder às áreas acima fosse aparentemente a mais lógica e natural, resolvemos derivar dessas áreas mais duas, que passaram a ser consideradas como estratos. Uma delas foi o curso de Estatística. Este curso apresenta em nossa universidade a peculiaridade de ter como alunos grande maioria de indivíduos que optaram por outro curso da Área de Tecnológicas, e que, por terem colocado Estatística como segunda ou mesmo terceira opção no vestibular, acabaram ingressando neste curso. Achamos que este fato dava à maioria dos alunos de Estatística uma característica comum importante, qual seja a de não estarem fazendo o curso pelo qual inicialmente optaram. Em 1971, havia 63,9% de alunos de Estatística que haviam feito 1ª opção para cursos tecnológicos, e em 1972, 74,3%. (Rabello, 1971 e 1972). Embora não tivéssemos dados de pesquisa para os anos seguintes, incluindo 1975, tivemos a impressão, em nosso contacto com professores e alunos, que o fenômeno tende a se repetir.

Outro curso que consideramos como estrato foi o de Medicina, e como consequência o de Biologia também passou a se constituir em novo estrato, uma vez que não poderíamos uni-lo a nenhum outro curso, pela sua própria natureza. O curso de Medicina, embora considerado na área biológica, apresenta características que o aproximam das Ciências Humanas, com a singularidade de possuir características de ambas as áreas, e ter um significado social ímpar na estruturação das profissões. Dessa forma passamos a ter 6 estratos, numerados de I a VI:

Estrato I: Cursos Tecnológicos (Engenharia)

Estrato II: Ciências Exatas: Licenciaturas em Matemática, Ciência de Computação, Física e Química.

Estrato III: curso de Estatística.

Estrato IV: Curso de Medicina.

Estrato V: curso de Ciências Biológicas.

Estrato VI: cursos de Ciências Humanas: Licenciatura em Ciências Sociais, Ciências Econômicas, Linguística e Pedagogia.

A distribuição do total de alunos considerados, quanto ao número por estrato, e também quanto ao sexo pode ser vista na tabela 2 (pág.21). Nessa tabela o que aparece como Básico de Ciências Humanas refere-se aos alunos que estão cursando o curso básico de 4 semestres que dá acesso a uma das 3 áreas de Humanas: C. Sociais, Economia e Linguística. O curso de Pedagogia embora dentro da área das Ciências Humanas, tem seu currículo separado.

Tamanho da Amostra: foi determinado usando-se a fórmula

$$N = \frac{\sum_{h=1}^H W_h \cdot Ph \cdot Qh}{V + \frac{1}{N} \sum_{h=1}^H W_h \cdot Ph \cdot Qh} \quad \text{onde:} \quad W_h = \frac{N_h}{N}$$

$$V = \frac{d^2}{t_\alpha^2}$$

Ph = proporção de elementos na população que se supõe ter a característica a estudar.

Sendo: Nh = tamanho do estrato h

N = tamanho da população

d = máximo de erro tolerado na estimação

t_{α} = probabilidade de cometer um erro α

O valor de Ph foi estimado em base aos estudos feitos no exterior, pois não temos notícias de estudos em universitários brasileiros de "prevalência real", isto é, aquela prevalência estimada na população total, e não naquela parte da população que procura ou é encaminhada para atendimento médico ou psicológico. Nos trabalhos que tivemos em mãos, essa prevalência varia bastante, o que provavelmente se deve aos diferentes métodos empregados para estimá-la, e também às diferenças sócio-culturais das populações estudadas. Tomamos o valor 0,3 (30%) como um valor médio entre aqueles encontrados nas diversas pesquisas. Sendo $Qh = 1 - Ph$, $Qh=0,7$. Esses valores são constantes para todos os estratos, pois nos trabalhos consultados as prevalências se referiam a toda a população universitária, independente de área profissional. Foi aceito um grau de confiança de 95%, e o tamanho da amostra assim calculado foi de 340 alunos, com distribuição proporcional de acordo com o número total de alunos em cada estrato. A seguir seguem esses números, com a distribuição por sexo em cada estrato:

Estratos	Masc.	Fem.	Total	Tabela 2 Distribuição dos alunos da amostra inicial pelos estratos, e segundo o sexo.
I (Tecnol.)	97	14	111	
II (Exatas)	60	24	84	
III (Estatíst.)	14	7	21	
IV (Medic.)	33	24	57	
V (Biolog.)	4	11	15	
VI (C. Humanas)	36	18	53	
Total	226	116	342	

3.3. Escolha dos instrumentos e do método de aplicação

Uma vez delimitada a população e escolhido o método de amostragem para estudá-la, passamos a procurar com que instrumentos iríamos trabalhar, e como iríamos usá-los para se chegar aos objetivos 1º e 2º da página , isto é, estimação da ocorrência de evidências de problemas emocionais em um momento dado e determinação dos dados pessoais e sociais.

3.3.1. Escolha do instrumento para estimar ocorrência de problemas emocionais da população

Há um grande número de questionários e testes no campo da Psiquiatria e Psicologia Clínica, com essa finalidade. Examinamos portanto os mais conhecidos, principalmente àqueles já com tradução e adaptação para o nosso meio (Cornell Index, Inventário de Bernreuter, Minesota Multiphasic Personality, Inventory - MMPI, Escalas de Personalidade de Comrey e outros), e chegamos à conclusão de que dos inventários já traduzidos o MMPI nos seria o mais adequado, pois esse questionário embora esteja voltado para detecção de traços de personalidade, também tem sido usado com proveito para detecção de problemas emocionais. (Benko, 1956; Nunez, 1968).

O MMPI apresenta porém dois inconvenientes. Um deles é a sua apresentação estrutural, pois é um tipo de inventário do tipo SIM/NÃO. Estudos mais ou menos recentes têm criticados esses tipos de apresentação, no sentido de que ela tende a apresentar vies nos resultados, pela existência na população comum de um número significativo de pessoas com tendência a responder afirmativamente às perguntas, e de outro com tendência a responder negativamente (Couch e Keniston, 1960). Aliás esse inconveniente aparece em quase todos os inventários traduzidos para o português que examinamos. Outro aspecto que nos desencorajou a usar o MMPI é a sua extensão, pois ele totaliza 550 perguntas que supõe um dispêndio de tempo de uma hora e meia a duas horas.

Passamos então a examinar outros instrumentos ainda não traduzidos e adaptados para o nosso idioma, e acabamos por optar pelo General Health Questionnaire, desenvolvido por Goldberg na Inglaterra.

3.3.2. Considerações sobre o Questionário de Saúde Geral (G H Q)

Em sua forma final não simplificada consta de 60 questões sobre diversos sentimentos, comportamentos, sintomas e sinais, selecionados através de um rigoroso processo clínico e estatístico. Cada questão apresenta quatro alternativas para respostas, que vão da negação absoluta à afirmação enfática (Vide Anexo II).

Esse questionário foi desenvolvido por Goldberg, da Universidade de Manchester, na Inglaterra. O autor fez a publicação de todo o trabalho de elaboração do questionário, em 1972. Ele parte do princípio que os distúrbios chamados psiquiátricos ou mentais, quando se excluem certas grandes categorias diagnósticas (psico - ses funcionais, síndromes órgão-cerebrais, debilidade mental) podem ser detectados através de seu "grau de severidade"; chama a esses distúrbios, "distúrbios psiquiátricos não psicóticos", e pressupõe um "continuum", que vai do "normal" ao "caso sério", passando por vários graus intermediários, onde qualquer indivíduo da população geral pode ser colocado. Embora o autor não seja explícito, depreende-se que a intenção de seu questionário é detectar e avaliar os distúrbios emocionais que incluiriam as categorias seguintes: neuroses, distúrbios da personalidade, distúrbios psíquicos de origem presumivelmente psicogênica e problemas emocionais advindos de situações ambientais e de adaptação.

O G H Q procura avaliar apenas o estado atual do respondente. Não pesquisa traços de carácter, como "o neuroticismo" de Eysenck, nem possibilita predições quanto à vulnerabilidade a perturbações emocionais do questionado. Volta-se para o presente, que pode se estender no máximo ao passado recente, que antecedeu imediatamente a aplicação (vide instruções para uso do respondente, no Anexo II).

Embora Goldberg parta do princípio de que os distúrbios "não psicóticos" estejam distribuídos na população de uma forma contínua, ele desenvolveu seu questionário de forma que seu uso permita uma estimativa de que proporção em estudo poderia ter distúrbios clinicamente significantes, se essa população fosse entrevistada por um psiquiatra clínico, ainda que o valor de tal avaliação dependesse por sua vez da natureza e confiabilidade da entrevista clínica usada. O autor lembra aqui a distinção feita por Blum entre "casos potenciais" e "casos reais". Os "casos potenciais" são constituídos por pessoas identificadas através de questionários, informantes da própria população, etc. Uma pessoa identificada por esses processos tem apenas uma certa probabilidade de ser um "caso real". Este será confirmado ou não, através de uma entre

vista clínica, com um profissional experiente. Em outras palavras, o uso do questionário possibilita apenas a identificação de "casos potenciais". (Isto será melhor explicado quando falarmos mais à frente da Validação do GHQ).

Embora existam infinitas gradações entre o distúrbio psicológico e o que se entende comumente por normalidade, em muitas pesquisas da comunidade há interesse em se usar uma classificação binomial, baseada no modelo médico clássico "são/doente". Goldberg nota que mesmo pesquisas que começaram com um modelo não binomial, quantitativo, terminaram por escolher algum ponto limite em seu continuum, que separa "casos" de "normais".

Na medida em que o Escore obtido no questionário dá uma avaliação da posição do indivíduo no eixo que vai do "normal" ao "seriamente perturbado", ele estará fornecendo também uma estimativa da probabilidade do indivíduo estar ou não com algum distúrbio emocional. Este aspecto é importante, para que não se valorize em excesso um instrumento, que não pode por si só, dar uma informação 100% segura do estado emocional do respondente.

No desenvolvimento do questionário, Goldberg demonstra que o instrumento, além de possuir esta última utilidade, serve também, dentro de certos limites, para avaliar o gráu do distúrbio e emocional.

Essas duas utilidades estão na verdade interrelacionadas, e a maneira específica de como os Escores obtidos serão usados numa pesquisa será determinada pelos objetivos da pesquisa. Assim por exemplo, se estamos interessados em estimar a prevalência numa da população, teremos que determinar um "cutting-score" e usar o questionário como um instrumento de carácter seletivo binomial, onde teremos de um lado os indivíduos com maior probabilidade de terem problemas emocionais, e de outro, as pessoas com maior probabilidade de nãoo possuírem. O montante dessa probabilidade deve rá naturalmente ser estimado em função de certas qualidades do questionário (Sensibilidade, Especificidade e Valor Predetivo) para a população em questão, conforme veremos mais adiante. (*)

(*) Os conceitos de Sensibilidade, Especificidade, "Cutting-Score" e Valor Preditivo serão esclarecidos no cap. 4, item 4.1.

É interessante notar que o GHQ enfatiza como o estado presente do respondente difere do seu estado atual, de costume. Isto tem como consequência dar-se maior importância aos sintomas, ao invés de a traços de personalidade, como ocorre com outros questionários. Faz também com que o questionário esteja menos sujeito ao que se chamou "Overall agreement set", referente à tendência de certos indivíduos na população responderem afirmativamente a questões que lhe sejam propostas, e de outros tenderem a fazê-lo negativamente, uma vez que se evitam assim as respostas tipo SIM ou NÃO. (Couch e Keniston, 1960)

Origem dos itens do GHQ

Os itens do GHQ tiveram sua origem em vários trabalhos anteriores, entre os quais se incluem o Cornell Medical Index e o MMPI, e na elaboração do próprio autor do questionário e seus colaboradores.

Os itens iniciais eram em torno de 140, e sua seleção procurou não incluir itens relativos a traços de personalidade, e fazer com que todos fossem de aplicação universal, isto é, válidos para qualquer pessoa, independentemente de seu estado civil, sexo, etc.

Uma vez selecionados, esses 140 itens foram aplicados a 3 populações que diferiam quanto ao seu estado mental, sendo uma delas de pessoas classificadas como "normais", a outra de pessoas com "distúrbios psíquicos leves" e a terceira com "distúrbios severos". Foi feita uma análise dos itens, e somente foram conservados aqueles que produziam uma boa discriminação entre as três populações consideradas, selecionado-se assim 93 itens. Estes foram submetidos a uma análise dos componentes principais, e chegou-se à forma definitiva do GHQ, com 60 itens. Essa forma final foi validada clinicamente com populações inglesas e americanas de ambulatórios de Clínica Geral, e mostrou-se bastante satisfatória quanto a esse aspecto.

A confiabilidade ou consistência também foi satisfatória, e demonstrou-se além disso que o Escore do GHQ tende a aumentar ou

diminuir quando o estado clínico de uma pessoa melhora ou piora, de acordo com sua própria percepção, ou mesmo na observação de um médico que a viu em duas ocasiões consecutivas.

Maneiras de contagem dos Escores: o autor do GHQ testou diversas formas de obter os Escores:

1º - atribuindo pesos 0,0,1 e 1 às quatro alternativas de resposta;

2º - atribuindo pesos 0,1,2 e 3 - método tipo Likert;

3º - atribuindo pesos 0,0,1 e 2 - Likert modificado;

4º - atribuindo diferentes pesos a cada questão, calculados de acordo com o poder discriminatório de cada questão, em relação a 3 populações com diferentes graus de distúrbio emocional.

Após estudar esses quatro métodos quanto à capacidade de detecção de casos e quanto à capacidade de avaliar o grau de distúrbio emocional, chegou à conclusão de que os mais eficientes eram o 2º (Likert) e o 1º, ao qual denominou simplesmente método GHQ, com ligeira vantagem para este último. A atribuição de pesos 0,0,1 e 1 às alternativas tem como vantagem adicional a facilitação da determinação de um Escore; basta que se contem no questionário as respostas que foram assinaladas na terceira ou quarta coluna. Quando formos nos referir a um Escore obtido no GHQ colocaremos entre parênteses o sistema adotado para esse Escore.

Finalmente queremos ressaltar no "General Health Questionnaire", ou GHQ, como é denominado pelo próprio autor, as seguintes qualidades:

1º) É auto-aplicável, o que facilita o trabalho de aplicação.

2º) É relativamente curto. Na sua versão não simplificada apresenta-se com 60 questões (Compare-se com o MMPI, que apresenta 550).

3º) Suas perguntas restringem-se ao aspecto fenomenológico, não favorecendo interpretações excessivamente subjetivas por parte do respondente.

4º) Não apresenta questões de caráter excessivamente íntimo.

5º) Apresenta um sistema de aferição bastante simples. Basta somar pontos segundo uma escala pré-fixada de pesos para cada resposta.

Uma vez escolhido o instrumento, passamos à fase de tradução e adaptação do mesmo.

A tradução de um instrumento para uso em Ciências Humanas deve ser muito cuidadosa, pois nessa área os erros devidos às diferenças de vernáculo podem levar a conclusões inadequadas. A tradução foi realizada com o concurso do autor deste trabalho e de mais três professores universitários: um professor de Língua e Literatura Inglesa, um Psicólogo, e um Antropólogo. Os dois primeiros são brasileiros, e o último, inglês radicado no Brasil.

Tivemos o cuidado de proceder à tradução segundo o seguinte critério: Inicialmente foram feitas duas traduções independentes, pelas duas primeiras pessoas. Essas traduções foram então confrontadas e verificou-se que haviam alguns pontos em que diferiam pela forma, isto é, duas expressões em português para a mesma expressão em inglês. Por exemplo, a pergunta número dois do GHQ,

"Have you recently: been feeling in need of a good tonic?" recebeu as duas expressões seguintes em português:

a) Você recentemente: tem sentido a necessidade de um bom tônico?

b) Você recentemente: tem sentido necessidade de tomar fortificantes (vitaminas)?

Após o confronto das traduções, chegou-se à conclusão que a melhor forma para o nosso meio cultural seria a segunda, ligeiramente modificada, de forma que a versão definitiva passou a ser:

"Você ultimamente: tem sentido necessidade de tomar fortificantes? (vitaminas)"

Com esse trabalho de confronto entre as duas traduções chegamos a uma primeira, a que chamamos Tradução nº 1. Esta foi então apresentada à terceira pessoa citada, a quem solicitamos que nos fizesse agora uma versão para o inglês. Verificamos então que ainda havia alguns pontos na Tradução nº 1 que suscitavam dúvidas, quanto ao aspecto semântico, pois a versão para o inglês feita pelo último professor não coincidia exatamente quanto ao significado, nesses pontos, com o texto original.

Os pontos em dúvida foram então analisados conjuntamente e

ligeiramente modificados. Chegamos assim à Tradução nº 2, quase idêntica à Tradução nº 1.

A Tradução nº 2 foi a seguir impressa e aplicada a 15 sujeitos, estudantes universitários, sorteados ao acaso na ^{nossa} universidade, com o objetivo de "testar" a funcionalidade da tradução no nosso meio. Os aplicadores eram estudantes do último ano de Psicologia de outra universidade local, e foram previamente treinados para o trabalho, através de reuniões de esclarecimento sobre os objetivos e metodologia da pesquisa, e de sessões de "role-playing".

Pedia-se aos respondentes que assinalassem no final do questionário as perguntas que suscitaram dúvidas na compreensão de seu significado.

Apenas duas pessoas assinalaram dúvidas. A primeira alegou que "as respostas poderão dar dúbias interpretações por serem muito polarizadas", referindo-se em particular às questões 53, 55 e 56 (vide GHQ, no anexo II, página 132). Pareceu-nos que a dúvida apresentada pelo entrevistado decorreu mais de falta de atenção na leitura das instruções, pois, a alternativa a assinalar deve ser aquela "que mais se aplica" ao sujeito, conforme aparece no cabeçalho do GHQ (vide página 132).

A 2ª pessoa achou a questão 30 "mal formulada".

A questão 30 é a seguinte:

Você ultimamente: tem se sentido satisfeito com a forma pela qual tem realizado suas atividades? (tarefa ou trabalho).

Justificou sua crítica dizendo não estar satisfeito com a estrutura do seu curso, mas que está satisfeito com o que faz, e assinalou a alternativa "menos satisfeito do que de costume".

Vê-se que aqui houve uma falta de atenção à pergunta, pois a pessoa assumiu a forma das atividades que lhe são propostas pela universidade, e não a forma pela qual ela realiza suas atividades. Para enfatizar este aspecto resolvemos acrescentar a palavra VOCÊ, de forma que a pergunta passou a ser, na Tradução definitiva: "Você ultimamente: tem se sentido satisfeito com a forma pela qual Você tem realizado suas atividades? (tarefa ou trabalho)". Como essa modificação foi muito discreta e a única realizada na Tra

dução nº 2, achamos desnecessário re-aplicá-la a um novo grupo de pessoas, e a assumimos, com essa pequena modificação, como a definitiva. Apenas a apresentação gráfica foi alterada, e os questionários, foram impressos em forma de cadernos tamanho 22x16 cm.e, colocados em envelopes lacráveis. O texto original do GHQ aparece nas páginas 131 , e a tradução definitiva nas página. 132.

Desse pequeno trabalho piloto com a Tradução nº 2 pudemos então concluir que:

1º) O GHQ é um questionário bastante simples, de fácil aplicação, exigindo um mínimo de treinamento para o aplicador. É de utilidade que o aplicador solicite ao sujeito ler com bastante atenção as instruções.

2º) O tempo para o preenchimento das respostas varia de 15 a 30 minutos, sendo em média de 20 minutos.

3º) A tradução feita mostrou-se compreensível para uma pequena amostra aleatória de 15 elementos, sorteados da população que se pretendia estudar. (o pequeno tamanho desta amostra se justificava porque pretendíamos trabalhar com população de nível educacional bastante homogêneo, proveniente de uma mesma universidade).

4º) Não houve recusa ou reação de desagrado ao responder o questionário. Alguns sujeitos antes de responder apresentaram discreta desconfiança que aparentemente se dissipou após a identificação do aplicador e a explicação da finalidade da pesquisa.

5º) As aplicações foram feitas a domicílio. Todavia, dificuldades de localização dos sujeitos contra indicaram este método como alternativa única para pesquisa futura que envolvesse maior número de pessoas; daí termos optados pela aplicação dos questionários na própria Universidade, em locais com certa privacidade e condições de silêncio.

3.3.3. Escolha do instrumento para se determinar certos dados pessoais e sociais

Se para o primeiro instrumento o processo mais adequado nos pareceu examinar aqueles já construídos, aqui achamos mais adequado elaborar um próprio. Optamos pelo modelo questionário auto-aplicável, com a maioria das questões do tipo "fechada" (vide anexo III). A sua construção será descrita no item seguinte.

3.4. CONSTRUÇÃO DO QUESTIONÁRIO DE DADOS PESSOAIS E SOCIAIS

Entre os objetivos de nosso trabalho figuram a determinação de algumas características bio-sociais dos indivíduos em estudo, por nós chamadas "Dados Pessoais e Sociais", e a tentativa de verificação de quais características ou grupos de características estão relacionadas com os problemas emocionais (vide pág. 4). A construção do Questionário de Dados Pessoais e Sociais foi realizada subordinando-se a esses dois objetivos.

A maioria dos estudos de natureza epidemiológica que relacionam saúde mental com variáveis bio-sociais são referentes a populações adultas. A nossa população inclui pelo menos uma pequena parcela de pessoas no final da adolescência e a grande maioria no início da vida adulta, além de ser homogênea quanto ao fato de todos serem estudantes universitários. As considerações que faremos a seguir levarão em conta, na medida do possível, esses aspectos da população.

A codificação dos itens e suas respectivas alternativas, inicialmente em folhas de codificação e a seguir em cartões IBM, foi feita atendendo-se a orientação dos Estatísticos que nos assessoraram na Pesquisa (*) visando uma ordenação presumível das alternativas, quanto à provável influência da variável considerada sobre o Escore no GHQ. Além dessa ordenação, fizemos em algumas questões condensações de itens cuja discriminação nos pareceu excessivamente subjetiva.

Para exemplificar, vamos transcrever abaixo a questão 12 que se refere ao relacionamento entre os pais do respondente:

12. Se casados dão-se:

- | | |
|-------------------|---------------|
| (1) Bem | (3) Mal |
| (2) Mais ou menos | (4) Muito mal |

(*) Profs. Aida Verdugo Iazo, Christina Wen-Fong Su e Eduardo F. Ballester.

Ao ordenarmos os itens para a codificação mantivemos a mesma seqüência, condensando porém o item 3 ao 4, e acrescentando um último item para o caso dos pais serem separados ou desquitados. A proporção de indivíduos órfãos de pais ou mãe foi bastante pequena; estes eram orientados para colocar o suposto relacionamento dos pais ao tempo em que ambos eram vivos.

Dessa forma, para efeitos de codificação as alternativas passaram a ser: 1) Bem, 2) Mais ou menos, 3) Mal ou muito mal e 4) Separados ou Desquitados.

Na parte final do trabalho apresentamos o Questionário de Dados Pessoais e Sociais (QDPS) na sua forma original, tal como foi apresentado aos respondentes. Vamos descrever a seguir as razões da inclusão dos itens, além daquelas que naturalmente derivam da revisão de literatura apresentada. Apresentaremos também ao final de cada descrição a ordenação das alternativas, para efeito de análise das correlações entre as variáveis independentes, definidas por essas questões, e a variável dependente, definida pelo Escore obtido no G.H.Q.. Quando não houver alteração das alternativas no QDPS para efeito de codificação, simplesmente omitiremos qualquer comentário a respeito.

(01) NOME DO CURSO E Nº DO CURSO: esta questão visou identificar o curso e conseqüentemente a "área" profissional. Conforme vimos atrás partimos da hipótese de que a "área" poderia influir na prevalência e intensidade dos distúrbios emocionais.

Loreto(1958) comenta que há dificuldades emocionais que são praticamente comuns a todos os cursos de nível superior enquanto outras parecem ocorrer de modo específico em determinados cursos. Aqui devemos lembrar o conceito de que o tipo de personalidade pode influir na escolha profissional, e que, por sua vez, uma vez escolhida, a profissão ou a formação profissional poderão modelar ou ativar traços pré-existentes da personalidade. Também se aceita correntemente que os diferentes tipos de personalidade influenciam a vulnerabilidade e a "escolha" do distúrbio emocional, quando este por ventura rompe as defesas do sujeito, levando-o a um desequilíbrio. Tem sido observado que certos cursos, pela sua própria natureza, implicam em solicitações emocionais mais intensas,

como acentura Loreto em relação ao curso médico. Schlageter, citado pelo mesmo autor, comenta que causa admiração ocorrer neste curso porcentagem tão pequena de desistência.

Além disso, as diversas profissões universitárias não oferecem no nosso país uma relativa homogeneidade de oportunidades, remuneração e mercado de trabalho. Os estudantes, à medida que atravessam os anos da formação universitária, vão se apercebendo dessas diferenças, e obviamente sentir-se-ão mais seguros os que perceberem uma perspectiva mais otimista na futura profissão. Não se pode deixar de constatar, por exemplo, que no Brasil de hoje as profissões técnicas são mais solicitadas e melhor remuneradas do que aquelas ligadas às Ciências Humanas. Por outro lado, o baixo investimento exigido para a instalação dessas faculdades, que não necessitam por exemplo de laboratórios sofisticados, e a mercantilização de certos setores do ensino superior, favorecida pela indiferença dos órgãos oficiais competentes, propiciaram um aumento das faculdades ligadas a essas áreas, sem a correspondente aumento do mercado de Trabalho, e mesmo da remuneração, agravando ainda mais o problema.

Levando em conta essas considerações achamos que seria interessante dividir a nossa população em diversos estratos, optando assim por uma amostra aleatória estratificada proporcional, em que os estratos correspondiam a áreas profissionais.

(02) ANO DE INGRESSO NA UNICAMP

Partimos da hipótese que nos primeiros anos os alunos, teriam dificuldades de adaptação ao novo estilo de vida imposto pela vida universitária, e que aqueles provenientes de outras cidades teriam também dificuldades de adaptação a uma nova localidade, (*) de população já numerosa, com vida relativamente cara, particularmente no que toca aos aluguéis, e apontada pelos estudantes como não muito hospitaleira à classe (no nosso contacto com os alunos pudemos sentir as dificuldades que existem nesta cidade

(*) Em 1971 Rabello constatou que 68,7% dos alunos da UNICAMP eram oriundos de outras cidades.

para alugar casas para a constituição de "repúblicas", por exemplo).

Hurlock (1961) comenta que, em qualquer idade o processo de adaptação é acompanhado de tensão emocional e que quanto mais difícil seja esse processo, tanto maior será o componente emotivo. A autora acrescenta que, para o adolescente, a adaptação é particularmente difícil, e que o abandono dos antigos hábitos, e o estabelecimento de novos, especialmente quando existem muitos ambientes novos aos quais se tem que adaptar simultaneamente, constituem experiências que provocam dificuldades emocionais. Cita especificamente a dificuldade de adaptação à escola secundária e à universidade. Pfromm Neto (1974) também levanta o mesmo aspecto como sendo capaz de "intensificar a emocionalidade do adolescente":

..."novas situações em que o adolescente se sente desajustado e para as quais não se acha convenientemente preparado, como por exemplo um novo curso, uma nova escola, primeiros contactos com o sexo oposto, etc..."

Além disso encontramos artigos que se referem a uma maior procura dos Serviços de Assistência Psicológica nas universidades nos primeiros anos académicos. Baker e Nidorf (1964), encontraram as seguintes proporções para os 1º, 2º, 3º e 4º ano académico, no "College" da "Clarck University", U.S.A., considerando a demanda para o Serviço de Assistência Psicológica da instituição:

1º ano - 9,7%
2º ano - 6,2%
3º ano - 5,5%
4º ano - 3,8%

Essas diferenças foram significativas a um nível de confiança de 95%.

Smith e Hansell (1963) encontraram um "aumento da Saúde Mental" nos mesmos indivíduos durante o transcorrer de 1 ano, quando passaram do 1º para o 2º ano académico, concordando com os achados do trabalho anteriormente citado.

Para efeito de codificação a questão passou a se apresentar da seguinte forma:

- Ano de ingresso na UNICAMP:

(1) 75; (2) 74; (3) 73; (4) 72; (5) 71; (6) antes de 71.

(03) QUE "ANO" VOCÊ ESTÁ CURSANDO NA SUA FACULDADE? (DÊ A CORRESPONDÊNCIA APROXIMADA COM O SISTEMA TRADICIONAL DE "ANOS").

Esta pergunta está intimamente relacionada com a anterior e as mesmas justificativas aqui se fazem presentes.

(04) SEXO

Numerosos trabalhos têm apontado diferenças significativas quanto à prevalência dos distúrbios emocionais em ambos os sexos.

Um estudo realizado há aproximadamente 15 anos em uma área rural do Canadá, "The Stirling County Study" (Leighton et al., 1963) mostrou maior ocorrência de distúrbios psiquiátricos em mulheres do que em homens.

No Midtown Manhattan Study" (Srole et. al., 1962) não houve tal evidência, mas as mulheres apresentavam com maior frequência do que os homens, sintomas neuróticos ou psicofisiológicos.

Numa pesquisa realizada por Essen Möller e colaboradores (1956) em duas comunidades rurais na Suécia a prevalência de distúrbios emocionais foi ligeiramente maior nas mulheres.

Leighton e colaboradores (1963) encontraram todavia prevalência ligeiramente maior no sexo masculino, em algumas aldeias da Nigéria.

Hinkle e Wolf relataram prevalência mais alta nas mulheres, quanto a "distúrbios leves", e uma maior prevalência em homens, quanto a "distúrbios sérios", numa comunidade industrial que estudaram.

Dohrenwend e Dohrenwend (1969) ao realizarem extensa revisão de trabalhos sobre o relacionamento de sexo com distúrbios mentais, encontraram o sexo feminino mais frequentemente associado a maiores taxas de neuroses, e o masculino a maiores taxas de distúrbios de personalidade. Os autores interpretam essas diferenças supondo que cada sexo tende a reagir com um estilo diferente aos fatores que produzem os distúrbios psicológicos, sendo isto

no entanto mais um produto do condicionamento social do que devido ao aspecto biológico das diferenças sexuais.

Gazzano (1970) ao descrever as atividades de "Centro de Assistência ao Suicida", comparando os atendimentos das pessoas com menos de 22 anos, observa que há uma proporção de 3,1 para 1 a favor das mulheres. Com relação às pessoas com mais de 22 anos, a maior frequência também fica a favor das mulheres (2,7 para 1). Dentre as causas de tentativa de suicídio estudadas por esse autor as depressões figuram em primeiro lugar em frequência. Os números absolutos para homens e mulheres acima e abaixo de 22 anos, para essa causa foram:

	Homens	Mulheres
Maiores de 22 anos	60	312
Menores de 22 anos	25	75

Entre nós, Fávero, da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, realizou amplo estudo em uma população geral de um bairro dessa cidade, onde estudou a distribuição de frequências de alguns sinais e sintomas sugestivos de distúrbios psiquiátricos, em função de um certo número de variáveis bio-sociais que julgou importantes, como extrato sócio-econômico, sexo, idade, cor, etc. No que diz respeito ao sexo, esta autora encontrou que o sexo feminino apresenta maiores médias de respostas positivas a sintomas e porcentagens mais elevadas de respostas a sintomas graves do que o sexo masculino.

Além desses dados bibliográficos, gostaríamos de lembrar a observação comum dos psiquiatras e psicólogos em nosso meio de que a maior procura nos consultórios clínicos é sensivelmente liderada pelas mulheres.

Como vemos, nem sempre há concordância nas pesquisas quanto à predominância absoluta de um dos sexos. Diferentes metodologias e diversidade dos ambientes culturais nas pesquisas citadas podem explicar em grande parte essa discordância. Analistas dessas diferenças tendem a opinar que ela se deva provavelmente à interação entre o sexo e aspectos de uma dada cultura, que podem colocar ou o homem ou a mulher numa posição que favoreça mais ou menos a saúde mental.

No estudo realizado por Leighton na Nigéria, por exemplo, observou-se que os homens das aldeias estavam submetidos a uma considerável pressão para assimilar a maneira européia de fazer as coisas, ao passo que as mulheres eram pouco afetadas pela europeização: continuavam exercendo suas tarefas domésticas e comportavam-se frente à vida conforme as tradições de seu povo.

(05) IDADE

Na maioria dos estudos que consultamos, a idade é estudada em relação à saúde mental tomando-se para aquela limites mais ou menos amplos. A nossa população quanto a esse aspecto apresenta limites estreitos, a idade variando dos 18 aos 28 anos aproximadamente. Todavia ela inclui pessoas no final da adolescência, e esse período é apontado por muitos autores como emocionalmente instável, ou mesmo especialmente vulnerável a desequilíbrios emocionais.

Hurlock (1961) lembra que a maioria dos investigadores das emoções na adolescência concordam em que este período se caracteriza por um aumento da emotividade, e cita trabalho realizado por Young com estudantes universitários em que se demonstra, através do estudo de "hábitos nervosos" (roer unhas, etc...) que nesses estudantes havia uma maior emotividade entre aqueles que se encontravam no final da adolescência. A mesma autora cita Kuhlén (1952), que a respeito de aspectos emocionais no período adolescente, assim se manifesta: "as evidências parecem indicar que não se deve, pensar na adolescência como um período de tensões desmedidas; o que melhor caracteriza a adolescência é um conjunto especial de dificuldades de adaptação que, na cultura americana os teen-ages (de 13 a 19 anos) enfrentam, e que, portanto podem provocar normalmente ansiedade e tensão nessas idades".

Anna Freud, citada por Knobel (1974) afirma que é muito difícil assinalar o limite entre o normal e o patológico na adolescência, e considera que toda comoção desse período da vida deve ser estimada como normal. Knobel chama ainda a atenção sobre a "aparente patologia da adolescência":

"El adolescente atraviesa por desequilibrios y inestabilidad extrema de acuerdo con lo que conocemos de él. En nuestro me

dio cultural, nos muestra períodos de elación, de ensimismamientos, alternando con audacia, timidez, incoordinación, urgencia, desinterés o apatía, que se suceden o son concomitantes con conflictos afetivos, crisis religiosas en las que se puede oscilar del ateísmo anárquico al misticismo fervoroso, intelectualizaciones y postulaciones filosóficas, ascetismo, condutas, sexuales dirigidas hacia el heteroerotismo y hasta la homosexualidad ocasional. Todo esto es lo que yo he llamado una entidad semipatológica (grifo nosso) o si se prefiere, un "síndrome normal de la adolescencia".

Em relação às pesquisas epidemiológicas, devemos considerar que a maioria delas englobam faixas muito amplas de idade, ou comparam intervalos de idade muito amplos; por essa razão não nos ajudam muito, dadas as características etárias de nossa população. A maioria dessas pesquisas que trabalham com faixas etárias amplas mostram um aumento dos distúrbios mentais com a idade. Os dados que mais nos interessam são os que seguem abaixo.

Frank (1944) comparou em 1944 o número de primeiras admissões em Hospitais Psiquiátricos no Estado de Nova York para as faixas etárias de 10 a 14 anos e de 15 a 19. A frequência de internações para esta última é quase 10 vezes maior do que para a primeira, e para Pfromm Neto (1974) isto evidencia o maior instabilidade emocional e ansiedade nessa idade.

Ao examinarmos o trabalho de Dohrenwend, que reviu extensa literatura sobre relacionamento saúde mental x idade, deparamos com os dados obtidos por Llewellyn-Thomas (1960), que ao comparar proporções de distúrbios psicológicos entre as faixas etárias de 15 a 24 anos e 25 a 34, mostra uma predominância nesta última.

Os dados sobre suicídio podem ser considerados como indicadores de problemas de saúde mental. Pfromm Neto cita dos dados do IBGE de 1962, que mostram que nesse ano no Brasil 32% dos suicídios e 59% das tentativas de suicídio foram cometidos por pessoas com menos de 25 anos de idade.

Na Flórida, E.E.U.U., Schwab (1972) encontrou uma maior proporção de queixas depressivas nas faixas etárias mais jovens, ao contrário da maioria dos dados de literatura existentes até

essa época.

(06 e 07) ORIGEM ÉTNICA

A complexidade da miscigenação que vem ocorrendo no nosso país, particularmente nos estados do sul, torna particularmente difícil a consideração da etnia em qualquer pesquisa. Diante da quantidade de raças em processo dinâmico, constante e atual de miscigenação, haja visto as novas migrações de portugueses e angolanos que não se adaptaram às mudanças políticas que vêm ocorrendo em seus países, cabe-nos mesmo a pergunta: será realmente possível determinar-se que influências terão sobre a saúde mental tais movimentos migratórios?

Os fenômenos migratórios têm sido apontados em diversos trabalhos como apresentando correlação com o grau de saúde mental. Alguns supõem que os distúrbios mentais poderiam ser devidos, em parte, às tensões e dificuldades econômicas inerentes à migração, ou que a vida em um meio estranho aumenta os riscos de distúrbios mentais, por causa do isolamento resultante de costumes diferentes e do desconhecimento da língua nativa.

Ao considerarmos o problema da origem étnica em nossa população, partimos da suposição que, se a imigração favorece os distúrbios emocionais no imigrante, este, de alguma forma poderia influenciar a saúde mental de seus descendentes através do clima desfavorável na família que dele se origina.

A maioria dos trabalhos parece confirmar uma maior tendência aos distúrbios mentais no imigrante.

Stonequist ressalta que a proporção dos imigrantes nas clínicas psiquiátricas dos EEUU é, para cada etnia, duas ou três vezes maior do que no país de origem. Laughlin confirma esses achados, embora seus dados não sejam tão gritantes.

Bastide resume as críticas feitas por Malzberg a essas grandes diferenças a favor das internações psiquiátricas para os imigrantes. Este autor procura descobrir fatores que estariam "mascarando" a etnia. Um deles seria o fato de os estrangeiros se concentrarem nas grandes cidades industriais, onde há maiores facilidades para tratamento; este aspecto, facilidade para internação,

não estaria tão presente nos americanos, nativos, distribuídos também pela zona rural e cidades pequenas. Após analisar outros fatores conclui que a diferença de proporção a favor dos estrangeiros cai a apenas 8%.

Odegaard estudou em 1932 noruegueses imigrados no estado de Minnesota, e verificou que eles tinham também uma porcentagem maior de hospitalização do que os nativos e os noruegueses da Noruega.

Srole, analisando o Nidtown Manhattan Study (1962) observa uma maior proporção de imigrantes com distúrbios mentais, e afirma que o que influi na Saúde Mental não é o simples traslado para a grande metrópole americana (N. York), mas a procedência dos imigrantes de um meio estrangeiro particular, provenientes de pequenas aldeias e do campo, e pertencentes a camadas sócio-econômicas mais baixas.

Lin e Standley (1964) citam o trabalho de Pfister-Ammende que, estudando uma população de refugiados e repatriados que viveram temporariamente na Suíça entre 1946 e 1948, verificou que 7 refugiados por 1000 e 8 repatriados por 1200 eram internados em Hospitais Psiquiátricos, contra a proporção de 1,4 por 1000 na população local.

Bastide pergunta-nos se a etnia não poderia estar tendo apenas uma influência aparente, e se o fenômeno não estaria mais ligado a uma maior tendência de indivíduos já doentes ou predispostos à adoecer, a imigrarem, sendo a migração mais um primeiro sintoma do desequilíbrio psíquico que estaria por eclodir.

Estudos feitos na França parecem confirmar os anteriores, mostrando uma maior tendência dos imigrantes a terem distúrbios mentais. Bastide comenta que quanto maior a separação entre o meio de origem e o meio acolhedor, mais as possibilidades de perturbações mentais se multiplicam. Ressalta que este aspecto é demonstrado tanto para as migrações internas como para as migrações, e lembra que há três vezes mais hospitalizações entre os originários da África Ocidental que entre os originários dos países europeus de emigração.

O mesmo autor revê as concepções teóricas a respeito dos mecanismos que tenderiam a favorecer os distúrbios mentais nos migrantes e seus descendentes. Dentre essas queremos destacar as seguintes:

Koechlin ressalta que a aprendizagem de novos mecanismos culturais fica difícil depois da época da plasticidade infantil.

Duchêne recusa as explicações que colocam em relevo o aspecto econômico-social, enfatizando o aspecto do desarraigamento.

Le Guillant concorda com essa idéia, e lembra os fenômenos afetivos que se operam no imigrante - a nostalgia do país, o ensimesmar-se com passividade e resignação, e sobretudo o fato de o novo meio ser vivido como contraditório ao original, e a alienação - o migrante sentindo-se isolado e excluído do grupo onde deve se integrar.

Sivadon diz que a migração é patogênica apenas quando cria uma separação importante entre a cultura de origem e as novas instituições, e quando o migrante se atém à personalidade de base.

Stonequist parece ressaltar o conflito interno que se estabelece quando as duas culturas se chocam.

Outro aspecto lembrado é o das minorias, representadas pelos migrantes, como grupos oprimidos pela maioria nativa.

Quanto à segunda geração, Thomas e Znanieck mostram que os conflitos podem ser mais graves do que para a primeira, ficando a criança entre duas influências que se chocam: a da família de origem, e a recebida da comunidade, principalmente na escola.

Numa amostra de crianças-problema, em S. Paulo, Bastide notou uma maior proporção de distúrbios nas famílias bilingües do que nas outras.

Na nosso questionário deixamos a pergunta sobre origem étnica em aberto, e depois fizemos uma classificação que procurava levar em conta principalmente o choque cultural entre os ascendentes, e entre a família de origem e o país anfitrião. Segue abaixo essa classificação:

1. Brasileira homogênea (avós paternos e maternos nascidos no Brasil)
2. Brasileira heterogênea (pelo menos um dos avós brasilei

ro e pelo menos um dos avós estrangeiros)

3. Outra homogênea (avós paternos e maternos latinos ou anglo saxões ou eslavos ou árabes)

4. Asiática homogênea (avós paternos e maternos asiáticos, de mesma nacionalidade)

5. Outra heterogênea (avós estrangeiros, sendo pelo menos dois deles de origens diferentes que nãoasiática: latina-eslava, latina-anglo saxã, etc...)

6. Asiática heterogênea (pelo menos um dos avós japoneses e os outros estrangeiros: japoneses-chinês, etc...)

Essa classificação foi feita depois de observarmos uma pequena sub amostra aleatória de nossa amostra inicial, quanto à etnia.

Na análise das correlações fizemos uma aglutinação de itens, de forma que tivemos, para efeito de codificação, uma segunda ordenação que passou a ser a seguinte:

1. Brasileira homogênea e Brasileira heterogênea
2. Outra homogênea
3. Outra heterogênea
4. Asiática homogênea e Asiática heterogênea.

(08) ESTADO CIVIL

Há uma crença geral na população de que o casamento torna a vida das pessoas mais tranqüila.

Parece que a maior parte dos estudos mostram uma maior tendência à Saúde Mental nas pessoas casadas.

Bastide dedica uma sessão de sua obra "Sociologia das Doenças Mentais" ao estudo das influências do grupo familiar, sobre a Saúde Mental, e o primeiro aspecto abordado é justamente o estado civil. Diz o autor que os primeiros estudos estatísticos relativos às doenças mentais levam sempre em conta o estado civil, e cita os seguintes dados sobre "Doentes Mentais, nos EE.UU., em 1923, segundo o estado civil".

Estado Civil	Homens/(100 mil hab.)	Mulheres/(100 mil hab.)
Casados	170,9	255,9
Celibatários	292,7	189,3
Viúvos	428,2	423,0
Divorciados	1 112,5	1 120,3

Citando o ponto de vista de Durkheim, o autor coloca a razão dessas diferenças mais no clima afetivo, de cooperação e segurança que o casamento em geral propicia, do que no papel da regulamentação da vida sexual, conforme querem outros autores. E vai mais além, mostrando que se nos dados apresentados acima a taxa para as mulheres solteiras é menor do que para os homens solteiros, isto se deve ao fato delas estarem muito mais ligadas e integradas às famílias de seus pais antes do casamento do que os homens. O casamento traz-lhes novos problemas, novas funções, novos papéis, e isto explicaria a maior proporção de mulheres casadas com distúrbios mentais, quando comparadas com as solteiras.

Citando as palavras de Bastide, "o casamento coloca-lhe (à mulher) problemas graves, ela deve tomar iniciativas, tem de aprender novas funções, deve dirigir seu lar, e esses novos problemas aos quais ela não estava habituada podem, às vezes, tornar-se traumatizantes".

Outras estatísticas confirmam a anterior, como por exemplo a de Malzberg, para as primeiras admissões em hospitais psiquiátricos de Nova York, de 1929 a 1931.

Solteiros	111,3	por mil habitantes
Casados	77,7	" " "
Viúvos	203,1	" " "
Divorciados	280,1	" " "

Na Inglaterra e País de Gales, Brooke (1960) demonstrou que, de 1949 a 1953 os índices de primeiras admissões em H. Psiquiátricos referente a homens solteiros de mais de 20 anos girava em torno de 16,4 por 10000 na classe I (mais alta) e de 68,0

por 10 000 na classe V, (mais baixa), enquanto que os correspondentes a homens não solteiros eram respectivamente de 2,32 e de 7,99.

Odegaard investigou a hipótese de que o matrimônio "seleciona" as pessoas mais sãs, e que o celibato é mais consequência do que causa dos distúrbios mentais, isto é, o celibato selecionaria pessoas com caracteres pre-mórbidos que as disporiam para os distúrbios mentais.

No estudo de Manhattan, a estimativa de grau de Saúde Mental das mulheres solteiras era aproximadamente igual a das casadas, mas o dobro de homens solteiros havia tido problemas psiquiátricos quando comparados com os casados.

No estudo do condado de Stirling, no Canadá, não se descobriu diferenças significativas em relação à Saúde Mental quando ligada ao status matrimonial, porém isto poderia ter ocorrido por uma escolha não muito adequada da amostra, o que teria falseado os resultados.

Quanto à viuvez, queremos lembrar que na sociedade manométrica ela assume importância especial, pois de maneira geral os laços afetivos que unem marido e mulher são muito fortes e os papéis desempenhados por cada um, seja como marido, esposo, pai ou mãe são muito particularizados e quase insubstituíveis por uma outra pessoa.

Stotzel, citado por Bastide, ressalta ainda mais dois aspectos: 1º) sendo a família nuclear pequena, e a vida cotidiana sendo levada em comum, existem além das ligações afetivas, sentimentos de hostilidade entre seus membros, reprimidos após a morte, mas que ligam ao sobrevivente angústia, fundada sobre sentimentos de culpa em relação a essa hostilidade reprimida. 2º) O papel a ser desempenhado pela pessoa enlutada é difícil, pois espera-se dela certos comportamentos que não foram aprendidos e para os quais ela está mal preparada. Observando que no estágio atual de desenvolvimento da nossa civilização os papéis da pessoa enlutada tendem a ser pouco definidos, lembra o autor que quanto menos esses papéis são definidos pela civilização, tanto mais a

pessoa enlutada tende a se desorientar e a ser presa de problemas psíquicos que podem afetar sua saúde mental.

Bastide observa que "o luto destrói uma unidade sentimental, deixa o sobrevivente na confusão. Destrói também toda uma série de hábitos que haviam sido adquiridos em comum, que eram partilhados, e que, desaparecendo brutalmente, avivam o sentimento de "vazio", impossível de ser preenchido". E observa ainda, que o luto acarreta consequências das quais algumas são patológicas e outras normais para a nossa cultura: "Se o sobrevivente malogra em sua readaptação à vida, que para ele continha, então temos as raízes da psicose (suicídio, óbito inconsciente, voluntário, loucura); se o fracasso, não é total, temos somente reações neuróticas, (prostração, abulia, perda do gosto pela vida, isolamento, agressão, ódio de si mesmo..."

Supuzemos de antemão que a proporção de viúvos na nossa população seria insignificante, fato aliás confirmado após a obtenção dos dados. Porém, tínhamos a população composta pelos pais dos entrevistados, e nesta, a proporção poderia ser maior. Supuzemos de maneira geral que o estado de saúde mental da família de origem pudesse afetar de alguma forma a saúde mental dos sujeitos da pesquisa e neste contexto o estado civil dos pais (pergunta nº 14) tem muito maior importância do que o dos questionados, que, quanto a esta variável mostraram-se na grande maioria solteiros, conforme veremos mais à frente.

(9) SITUAÇÃO ECONÔMICA PESSOAL

(10) RENDA FAMILIAR BRUTA MENSAL

(11) PROFISSÃO DOS PAIS

(12) EDUCAÇÃO DO PAI

(13) EDUCAÇÃO DA MÃE

"INDICADORES"

DO

STATUS SÓCIO

ECONÔMICO

Vamos considerar as questões de 9 a 13 conjuntamente.

A avaliação do status sócio-econômico é assunto controvertido entre sociólogos e profissionais afins. Soares (1964) afirma que uma maneira frequente de estimá-lo tem sido através da pro

fissão, educação e renda, variáveis estas com marcada correlação entre si.

Todavia supúnhamos que a maioria dos nossos respondentes fossem economicamente dependentes de seus pais ou substitutos, além do fato óbvio de não possuírem ainda um status profissional. Achamos então que o status sócio-econômico seria ainda em grande parte determinado pela família de origem do sujeito; eis porque colocamos no inventário as questões relativas a renda bruta familiar, educação dos pais e profissão dos pais.

A avaliação econômica pessoal (pergunta nº 9) foi colocada como uma forma auxiliar para estimativa da situação sócio-econômica.

Soares chama a atenção para o cuidado que devemos ter em qualquer pesquisa na área das Ciências Humanas de levar em conta o status sócio econômico: "A classe social, ou em termos mais exatos, o status sócio-econômico do indivíduo, exerce uma influência tão generalizada em sua vida, que é difícil encontrar um aspecto de seu comportamento, de seus valores, e de sua personalidade, que não seja pelo menos moderadamente influenciado pelo seu status sócio-econômico".

O estudo de Hollingshead e Redlich, realizado em 1958, em New Haven, Connecticut, mostrou correlações interessantes entre tipos de distúrbios e classe social. Esses autores estudaram apenas populações em tratamento psiquiátrico. Dividiram a população em 5 classes, de I (mais alta) a V (mais baixa). Seus resultados podem ser resumidos como se segue:

- a) Relação inversa entre classe social e distúrbios mentais, de uma maneira geral, isto é, considerando-se todos os distúrbios.
- b) As neuroses tinham maior prevalência nas classes I e II, que diminuía à medida que se caminhava para as classes inferiores.
- c) As psicoses apresentavam maior prevalência nas classes inferiores.
- d) A classe social está relacionada com o local, duração e natureza do tratamento psiquiátrico.

Faris e Dunham (Chicago, 1939) realizaram um estudo pioneiro, onde encontraram que as taxas de primeiras admissões para Esquizofrenia eram mais altas entre pessoas provenientes da região central de Chicago, consideradas de condições sócio-econômicas mais baixas da cidade, e diminuíam à medida que se caminhava para os bairros periféricos, de condições sócio-econômicas melhores.

Por outro lado alguns outros estudos como os de Clauson e Dohn, em Hagerstown, Maryland, (USA) não conseguiram demonstrar relacionamento entre Esquizofrenia e zona central da cidade.

No "Midtown Manhattan Study, em que foram entrevistados 1660 adultos em uma parte de Nova York, a população estudada foi classificada através de entrevistas-questionários adequados, em várias categorias, com graus decrescentes de Saúde Mental: são; com sintomas leves; com sintomas moderados; com déficit de funcionamento acentuado, grave e incapacitante. Outras qualificações foram feitas, quanto ao tipo de psicopatologia. As relações que mais chamaram a atenção foram aquelas já referidas à idade e ao status sócio-econômico, onde se demonstrou que o grupo de pessoas com "boa saúde" era 6 vezes maior no status social mais alto quando comparado com o mais baixo; relação inversa se obtinha em relação à "má saúde", onde a proporção era 4 vezes maior na faixa social mais baixa quando comparada com a idade mais alta.

No estudo do Condado de Stirling foram focalizadas as características sócio-culturais. Entre outros achados, encontrou-se uma relação linear entre distúrbios psiquiátricos e classe ocupacional, e uma prevalência maior de distúrbios em comunidades desintegradas do ponto de vista sócio-cultural, quando comparada com a de comunidades integradas.

Entre populações de estudantes encontramos poucos trabalhos que relacionem status sócio-econômicos e Saúde Mental. Smith e English, (1964) estudando uma população universitária nos EE.UU encontraram maior prevalência de distúrbios em sujeitos provenientes das camadas sociais mais baixas.

Também Fávero entre nós encontrou correlações entre status sócio-econômico e distúrbios psiquiátricos. Em seu trabalho esta autora dividiu a população em 3 status sociais, usando o tipo de

residência como o indicador do status. As pessoas de habitação Tipo I (mais modesta), apresentaram médias maiores de respostas positivas a sintomas e sinais psiquiátricos e maior porcentagem de respostas positivas a sintomas psiquiátricos considerados graves, do que as de habitações Tipo II e III, havendo uma diminuição das médias e porcentagens à medida que se caminhava do estrato I (mais baixo) para o III (mais alto). Além disso encontrou diminuição das médias de sintomas e das porcentagens de respostas graves, à medida que se melhora o nível ocupacional, e também diminuição das médias de respostas positivas e sintomas à medida que aumenta o grau de instrução.

(14) SITUAÇÃO CONJUGAL DOS PAIS

(15) RELACIONAMENTO ENTRE OS PAIS

Vamos considerar esses itens conjuntamente, por estarem intimamente associados. As mesmas observações feitas em relação ao item 08 - Estado Civil (do entrevistado) valem aqui também, para o item 14 - Situação conjugal dos pais.

Uma grande quantidade de trabalhos revelam que a harmonia na família de origem está estritamente relacionada ao grau de neurose. Provavelmente foi Freud quem primeiro colocou em evidência o papel do relacionamento entre os pais, pais e filhos e entre irmãos, na gênese das neuroses. Depois dele muitos outros autores, particularmente aqueles ligados ou influenciados pela Escola Psicoanalítica, têm insistido no mesmo ponto. Pedagogos, sacerdotes e outros profissionais ligados às ciências humanas fazem coro a essas insistências.

Bastide (1967) ressalta que atualmente as pesquisas se concentram mais no papel etiológico da desagregação da família, nas neuroses, mas não podemos nos esquecer importantes pesquisas realizadas particularmente na Inglaterra, liderada por Laing, Cooper, e outros, e que têm indicado também o papel das relações intra familiares na gênese das Psicoses.

Bastide frisa que:

"19) a correlação entre a falta de pais por óbito e as taxas de neurose, não é significativa, mas

que existe por outro lado, uma influência da separação ou do divórcio, e da existência de distúrbios mentais nos pais, sobre os filhos de pouca idade, traduzindo-se ulteriormente nestes últimos por distúrbios da personalidade. 2º) que numa geração anterior, quando a mãe vem de uma família incompleta, tendo atrás de si uma história infantil complicada, ela carrega tendências neuróticas que, mesmo se não reveladas nela, passam à criança que ela educa. Ao contrário, o pai que vem de uma família incompleta e que sofreu, faz tudo para que seu filho não sofra, e nesse caso essa criança tem todas as possibilidades de boa saúde mental; 3º) que um dos elementos mais importantes é a união e harmonia entre os pais."

O mesmo autor, pouco adiante conclui que um ambiente familiar harmonioso é necessário ao equilíbrio psíquico da criança e que os transtornos que ela possa apresentar, durante ou depois da infância, provêm em grande parte dos conflitos entre os pais.

No nosso meio, chamou-nos a atenção o trabalho realizado por Soares, com os vestibulandos do Instituto Tecnológico da Aeronáutica, em 1964, aos quais aplicou uma escala de sintomas psicossomáticos destinada a avaliar grau de neurose e um questionário sobre dados pessoais e familiares. Nessa pesquisa verificou-se que a percepção de desarmonia entre os pais se correlaciona com o grau de neurose entre os filhos.

Para fins de codificação a questão 14 passou a ter as seguintes alternativas:

- (1) Casados.
- (2) Separados ou Desquitados.
- (3) Outra situação (viúvo, etc).

A questão 15 passou a ter as que se seguem:

- (1) Bem (2) Mais ou menos (3) Mal ou muito mal (4) Quando são separados ou desquitados.

(16) LUGAR NA ORDEM DOS NASCIMENTOS

Há uma concepção bastante difundida entre psiquiatras e psicólogos de que a posição na ordem dos nascimentos influi na personalidade básica, e consequentemente, na vulnerabilidade aos distúrbios mentais. Por outro lado alguns trabalhos de natureza estatística mostram diferenças quanto à Saúde Mental, de acordo com o lugar ocupado pelo sujeito na ordem do nascimento.

Wahl, citado por Bastide notou que a Esquizofrenia é mais frequente entre os filhos mais jovens, tanto na forma paranóide como na catatônica.

Schoeler fez observações que confirmam a anterior, notando numa população de esquizofrênicos do sexo feminino, uma maior proporção de pessoas situadas na metade mais jovem de seu grupo de irmãos.

Mauco e Rambaud também citados por Bastide, encontraram resultados opostos, porém baseados em dados de filhos levados à consulta por dificuldades afetivas e de caráter. Para uma amostra de 200 filhos eles obtiveram os seguintes resultados:

	Casos clínicos	Censo da população por 100 filhos de menos de 21 anos
Filhos únicos	33%	18%
Mais velhos	27%	21%
Intermediários	20%	51%
Caçulas	19%	51%

Os autores dessa pesquisa interpretam essas cifras da seguinte maneira: para o filho único, haveria tendência a uma mãe captativa (desmame mais tardio, a criança dorme no quarto dos pais mais frequentemente do que nas famílias mais numerosas, etc); para o filho mais velho, pela dificuldade que encontra depois de ter sido cumulado de atenção materna, de ver sua mãe ocupar-se mais do filho seguinte como também por ser tomado muito cedo por adulto. Observaram também que existe diminuição progressiva da intensidade dos traumatismos, paralela à diminuição das perturbações do caráter e da agressividade, e que os sintomas predomina-

tes variavam também de uma categoria a outra: indisciplina escolar nos filhos únicos, instabilidade entre os mais velhos, distúrbios de dicção entre os intermediários, nervosismos entre os caçulas.

Na ordenação dos itens da nossa questão nº 14 levamos em conta nossa experiência clínica e a de colegas com quem trocamos idéias, e os dados do último trabalho citado, cuja casuística, -- constituída por problemas afetivos e de caráter, se aproxima mais do tipo de problemas que estávamos interessados em estudar na nossa população (problemas emocionais não psicóticos). Assim é que consideramos o filho único como o mais vulnerável aos distúrbios emocionais, por ter provavelmente recebido uma atenção exagerada dos pais, e conseqüentemente tendo uma maior dificuldade futura em lidar com as adversidades da vida, além de ter menores facilidades de socialização quando comparado com filhos que tenham tido a companhia de irmãos. O primogênito teria as dificuldades apontadas por Mauco e Rambaud, e o do meio, na mesma ordem de raciocínio, teria melhores condições para um desenvolvimento harmonioso da personalidade.

Não se depreenda daí a nossa anuência total a essas idéias, que nos parecem sujeitas a críticas, principalmente face às transformações rápidas que a evolução da sociedade vem impondo à socialização da criança.

As escolas maternas, por exemplo, tão em voga nas grandes cidades por problemas impostos pela aquisição de novos papéis sociais da mãe de família, tendem a favorecer a socialização da criança, e a evolução das concepções pedagógicas tendem a corrigir essas distorções e privilégios que a ordem de nascimento tende a impor à criança, no que toca ao desenvolvimento de sua personalidade. Todavia, acreditamos que a geração com a qual estamos lidando não chegou a experimentar as conseqüências de tais transformações. Estas, por outro lado, além de mais ou menos recentes, só atingiram os centros mais populosos e adiantados do país.

(17) NÚMERO DE IRMÃOS

Parece mais ou menos aceito que uma boa socialização torna

as pessoas menos vulneráveis aos distúrbios mentais e que as pessoas que têm irmãos terão mais facilidade nesse processo. Bastide afirma que certos sociólogos pensam que os filhos que têm irmãos e irmãs são mais bem preparados para a vida que os filhos únicos: "eles fazem, com efeito, a aprendizagem, enquanto pequenos, da cooperação e da descoberta de soluções para os problemas que ela coloca. É preciso saber adaptar-se aos caracteres uns dos outros, fazer-se mutuamente pequenos sacrifícios".

Por outro lado, quanto maior o número de filhos, menor é a atenção material e afetiva, que os pais podem lhes dispensar. Talvez exista um certo limite quanto ao nascimento de filhos que seja o ideal, para efeitos de Saúde Mental, numa dada situação sócio-econômica da família em questão.

Wahl, estudando famílias de 392 esquizofrênicos, notou que muitos de seus doentes são originários de famílias de quatro ou mais filhos, e que as formas de Esquizofrenia, variam, desde a forma simples, (com 3,2 filhos por família), às formas mais complicadas, à medida que o número de filhos aumenta, com o máximo para o tipo hebefrênico. Esses resultados foram criticados por Sanna no sentido de que se houvesse um grupo controle de famílias normais provavelmente tal correlação não se observaria, havendo um número de filhos semelhante ao encontrado nas famílias de esquizofrênicos.

(18) TIPO DE MORADIA EM CAMPINAS OU ARREDORES (NO CASO DE VIAJAR DIARIAMENTE).

Incluimos esta questão partindo de observações pessoais - quanto ao ambiente doméstico dos estudantes. Nada vimos na literatura que relacionasse Saúde Mental com tipo de moradia, especificamente. Porém esta variável poderá estar ligada a uma outra, status sócio-econômico (Vimos que Fávero, em Ribeirão Preto usou inclusive os tipos de moradia, quanto ao grau de conforto, para delinear 3 camadas sócio-econômicas). No nosso caso, a questão foi mais incluída com caráter exploratório, e baseando-se em observações pessoais dos ambientes de repúblicas, pensões, pensionatos,

etc. no que toca a uma provável ação favorável ou desfavorável - desses ambientes no bem estar psicológico de seus moradores.

É sabido por exemplo, que as repúblicas exigem de seus moradores certo grau de maturidade para assumir responsabilidade e papéis, ao contrário das pensões, em que há uma pessoa, o "do no da pensão", que provê tudo ao pensionista, ficando o morador numa atitude mais passiva e dependente. Isto do ponto de vista teórico poderia "selecionar" indivíduos mais cooperativos e independentes para as repúblicas e sujeitos mais individualistas, dependentes e comodistas para as pensões. Por outro lado é possível que o ambiente mais descontraído, informal das repúblicas favoreça uma maior integração social, e sabe-se, através de pesquisas bem conduzidas, que a integração social parece ter um efeito favorável na Saúde Mental. 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. Sabemos o quanto tudo isto tem de relativo, mas como dissemos no início, o nosso intuito é antes de mais nada exploratório, e por vezes chegamos a nos guiar pelo simples senso comum ao incluir ou modificar esta ou aquela questão.

Por outro lado supusemos que a casa própria ou dos pais teria, de maneira geral vantagens no que toca à Saúde Mental, em relação aos demais tipos de moradia, considerando-se que a maioria dos estudantes ainda estão num processo de desligamento progressivo dos progenitores, e este processo sendo feito de forma gradual seria mais benéfico ao bem estar psicológico, uma vez que as mudanças biológicas e psicológicas que o jovem está sofrendo já lhes são bastante estressantes e perturbadoras.

(19) LOCAL DE RESIDÊNCIA DOS PAIS OU SUBSTITUTOS, QUANTO AO TIPO DE COMUNIDADE.

Nesta questão procuramos investigar o tipo de comunidade de origem do estudante. Como se pode verificar pela questão, as alternativas de resposta vão desde "zona rural" até "cidades muito grande, por nós definida como aquela de mais de 500.00 habitantes, passando por comunidades de tamanho intermediário, com limites de

separação mais ou menos arbitrariamente definidas, mas com direção crescente quanto ao tamanho populacional.

No nosso raciocínio teórico, haveria um maior choque cultural e portanto maiores dificuldades de adaptação e maiores probabilidades de eclosão de conflitos de valores, quando a pessoa fosse proveniente de zona rural ou de cidades pequenas.

Além disso, ao revermos literatura, deparemos com alguns trabalhos que relacionam o tipo de vida - urbana ou rural com a saúde mental. Assim é que Lin em pesquisa realizada em Taiwan em 1946 e 1947, observou uma maior proporção de esquizofrênicos e de neuróticos nas zonas urbanas centrais de grande densidade demográfica e de epiléticos e débeis mentais nas zonas periféricas, de baixa densidade demográfica.

O próprio autor da pesquisa comenta que isto poderia ser explicado pelo fato dos epiléticos e débeis mentais encontrarem ocupações na periferia mais de acordo com suas aptidões, ou condições de vida mais adequadas a eles.

Nos E.E.U.U., Gruenberg e colaboradores encontraram que os índices de hospitalização por Psicose Senil em Siracusa eram - mais altos nos distritos urbanos do que nas zonas rurais desse - Condado. Esses resultados poderiam ser explicados ou porque as pessoas com distúrbios mentais tendem a se estabelecer em zonas - mais povoadas (talvez para estar mais perto dos serviços de Assistência) ou porque houvesse menor tendência a se hospitalizar pacientes nas zonas rurais.

Na Inglaterra e País de Gales, Parr realizou em 1957 uma pesquisa em que encontrou na população geral uma relação de 2,2 : 1 entre homens e mulheres alcoólatras, ao passo que na população rural uma proporção de 5 : 1.

(20) LOCAL DE MORADIA DOS PAIS OU SUBSTITUTOS: QUANTO À DISTÂNCIA DE CAMPINAS.

A Universidade Estadual de Campinas apresenta a grande maioria de seus alunos provenientes de fora. Em 1971, 68,7% provinham de famílias de fora, (+) e em 1974, aproximadamente

75% (++)).

Estando os estudantes universitários no final da adolescência, ou na sua maioria, no começo da vida adulta, talvez os mais jovens encontrem-se ainda num processo de relativa turbulência e insegurança, e é possível que a separação abrupta da casa dos pais lhes seja traumática do ponto de vista do equilíbrio emocional. Por essa razão resolvemos incluir este item, em que se supõe de maneira geral, que quanto maior a distância, mais traumática resulta a separação.

Rabello abordou o problema, do ponto de vista sócio-econômico, comentando, a esse respeito, que os alunos, passando a se constituir em novos moradores da cidade, encontram com frequência muitos problemas:

"Os alunos, que passam a ser novos moradores da cidade frequentemente encontram uma série de problemas de moradia, locomoção, alimentação, que precisam ser resolvidos em geral por eles próprios. Muitos deles - (43%) passam a viver em repúblicas, organizando praticamente um novo ambiente familiar, com todos os requisitos de montagem de nova residência e, além do fato de precisarem morar na nova cidade obrigam a família a uma série de gastos além dos diretamente ligados ao curso. O estudante se sente deslocado na nova cidade, principalmente nos primeiros meses, tanto no sentido do relacionamento pessoal, como na procura de oportunidades de moradia ou de trabalho, principalmente aquele cujo suporte financeiro familiar não é suficiente para fazer face às novas e muitas despesas. Entre estes novos alunos, cada vez mais se amplia a faixa de estudantes sem os recursos para

(+) Rabello, O. "O estudante Universitário" Publ. pela Universidade Estadual de Campinas, 1971.

(++) Rabello, O. "Um estudo sócio-econômico do estudante Univer." Univ. Est. Campinas/MEC/INEP, 1974

a própria manutenção e sem oportunidades de trabalho (...)."

É fácil concluir que temos aí fontes concretas e objetivas de "stress", que tendem a intensificar a complexidade de problemas advindos da separação do lar, com prováveis influências negativas no equilíbrio emocional. Não que essa separação por si só seja morbígena, mas a forma como ela é feita, para uma boa parte dos estudantes que vêm de fora, parece sê-lo.

(21) VISITAS À FAMÍLIA (QUANDO ESTA MORA FORA).

Este aspecto da vida do estudante universitário chamou-nos a atenção ao lermos o trabalho de Rabello, "O Estudante Universitário" (1971), quando observamos que a frequência de visitas à família tinha uma distribuição bastante heterogênea. A título de ilustração vamos reproduzir aqui esses dados:

Alunos da UNICAMP quanto à frequência das visitas à família - 1971:

Diariamente	14,3%
Semanalmente	41,5%
Quinzenalmente	17,4%
Mensalmente	14,4%
Nas férias	12,4%

Passamos então a nos perguntar se este aspecto não poderia influir de alguma maneira no equilíbrio emocional dos estudantes, e resolvemos incluí-lo, partindo da hipótese que visitas mais espaçadas significariam oportunidades menos frequentes de trocas afetivas e recebimento de apoio da família, em que pese a relatividade destas considerações. A ordenação dos itens dessa questão vai das visitas diárias às mais raras, que só ocorrem nas férias escolares.

(22) TRABALHO EXTRA ACADÊMICO

O estudante universitário, do ponto de vista biológico, es

tá entrando na fase adulta, ou está saindo da adolescência. Melhor diríamos, talvez, do ponto de vista cronológico, pois como - diz Knobel (1974), é necessário considerar a adolescência dentro de uma verdadeira totalidade da psicologia evolutiva, sem escotomizar aspectos biológicos, sócio-culturais, ou psicológicos. Alguns autores têm insistido numa possível disparidade entre o desenvolvimento bio-psicológico do jovem, quando já teria ele papéis adultos a exercer, e as oportunidades que a sociedade lhe oferece para exercer tais papéis são restritas. Um jovem universitário pode, por exemplo já ter alguma ligação bastante íntima com uma moça, e pretender formar com ela um lar. Isto, aliás, ainda é o que a sociedade exige para a maioria dos jovens, após certo amadurecimento no namoro, exigência essa nem sempre muito sabermos, mas sentida por ambos, ainda que nem sempre da forma plenamente consciente. Agora, como alcançar esse objetivo? Trabalhando e estudando ao mesmo tempo? Transferindo-se para uma escola noturna e trabalhando durante o dia? Ou parcelando o curso, quando o sistema de ensino o permite?

Seria o trabalho concomitante ao curso uma fonte constante de "stress", perturbando o equilíbrio emocional do jovem, na medida em que este não sabe a que atender, se ao trabalho, ou ao estudo, ou na medida em que, carente de recursos familiares, vê-se "obrigado" a trabalhar, numa espécie de conflito sem solução, isto é, se deixa de trabalhar tem que parar de estudar, se continua trabalhando, seu curso vai mal, com risco de perder o ano ou mesmo ser desligado da escola? Ou seria o trabalho uma fonte de segurança material, de alívio da culpa sentida por depender ainda dos pais e deles retirar mensalmente uma quantia em dinheiro, de engajamento na sociedade, de amadurecimento enfim?

Estas perguntas pareceram-nos de difícil solução. Rabelo procura respondê-las, porém sob o prisma de uma socióloga, em sua publicação "Universidade e Trabalho" (1973). As perguntas que colocamos no QDPS, a respeito de trabalho, foram inspiradas na sua leitura, e através de conversas informais com essa pesquisadora; algumas delas foram aproveitadas na mesma apresentação formal, com sua autorização.

Fazendo inicialmente considerações teóricas sobre a aparente dicotomia trabalho-estudo, a autora, após criticar a idealização do estudante que apenas estuda, parece concluir, baseados nos depoimentos da maioria dos estudantes, que o trabalho antes de constituir fator de desequilíbrio, lhes proporciona mais frequentemente segurança e realização. Vejamos as palavras da autora:

"Segundo o inquérito, a maioria esmagadora (dos que estudam e trabalham) revela que o estudo e o trabalho lhes causam segurança e realização. Por outro lado, à medida que o trabalho interfere no rendimento, por desvinculação, a experiência de trabalho e estudo adquire maior conotação negativa, como angústia, desagrado e tédio. Esta situação se agrava quando os alunos carentes de recursos financeiros, que precisam trabalhar para se manter, não sabem se preferam ganhar o dinheiro ou se preferem enfrentar os quatro ou cinco anos de estudo com restrições - muito sérias. Têm de tomar decisões, daí o conflito, o sofrimento, e os que já têm uma estrutura emocional, psicológica mais frágil entram em estado depressivo. Porém, a própria capacidade de tomar decisões depende das experiências - individuais e do treinamento do próprio trabalho ou emprego."

A autora ainda acrescenta que os professores afirmam que "os estudantes que trabalham são bons alunos sob vários aspectos: são mais adultos, mais amadurecidos, e muitos problemas que poderia se lhes afigurar maiores minimizam-se ou diluem-se quando eles se exercitam em tarefas mais complexas. O trabalho estimula e atende àquela necessidade psicológica de que cada um tem as coisas por direito de conquista."

Do ponto de vista do estudo das correlações não houve pro-

blemas quanto à ordenação dos itens das questões relativas ao trabalho (22 a 25). Porém surgiu um pequeno "senão": os estatísticos nos solicitaram que incluíssemos a alternativa "quando não trabalha" nas questões 23, 24 e 25, por problemas técnicos de análise computacional, isto é, teríamos que supor a priori se o fato de não trabalhar teria influência favorável ou desfavorável na saúde mental.

Após alguma reflexão optamos por supor que, de uma maneira geral, numa universidade que parece atualmente exigir bastante de seus alunos, o fato de trabalhar além de estudar seria uma fonte razoável de "stress", isto é, influenciaria o bem estar psicológico de forma negativa.

(23) LIGAÇÃO DO TRABALHO COM O CURSO QUE FAZ NA UNICAMP

Rabello verificou, pesquisando em oito universidades brasileiras, de diferentes características, que dos estudantes que trabalham, uma parcela em torno de 25% não vê qualquer relação entre seu trabalho e o curso. Para uma proporção um pouco maior existe "alguma relação" e para quase metade existe "estreita relação" (Universidade e Trabalho, 1973)

Isto nos sugeriu a idéia de procurarmos no nosso estudo verificações semelhantes, mas verificando-se agora o relacionamento disso tudo com a saúde mental. Por razões apresentadas há pouco, para efeitos de análise computacional incluímos uma alternativa na questão - "quando não trabalha", e a ordenação passou a ser então

- 1- Tem estreita ligação
- 2- Tem alguma ligação
- 3- Não tem relação alguma

(24) INTERFERÊNCIA DO TRABALHO NO ESTUDO

Também aqui nos inspiramos no trabalho da prof^a O. Rabello, só que, naturalmente, tentando verificar se haveria prejuízo para a saúde mental à medida que o trabalho interferisse ou prejudicasse o curso. Para efeito de codificação foi incluída a alternativa "Quando não trabalha", e a ordenação ficou:

- 1- Prejudica bastante
- 2- Prejudica um pouco
- 3- Não interfere (indiferente)
- 4- Favorece
- 5- Quando não trabalha

(25) SATISFAÇÃO COM O QUE GANHA (QUANDO TRABALHA)

A introdução dessa questão partiu da observação comum de que a insatisfação quanto a remuneração gera tensões que podem interferir com o equilíbrio emocional. Para efeito de análise computacional incluiu-se também aqui alternativa "quando não trabalha", de maneira que ficamos com as seguintes:

- 0- Quando não trabalha
- 1- Sim
- 2- Não

(26) SE ESTÁ FAZENDO O CURSO QUE DESEJAVA FAZER ANTES DE INGRESSAR NA UNIVERSIDADE

O sistema adotado nos vestibulares unificados (CESCEM, etc.) de alguns anos para cá, em que o aluno coloca opções decrescentes, tem dois aspectos, um deles nos parecendo positivo e o outro talvez negativo. O positivo estaria ligado à possibilidade de muitos alunos não perderem um ano letivo simplesmente porque não conseguiram a necessária classificação, optando muitas vezes por um outro curso da mesma área, e acabando por adaptar-se perfeitamente a ele. O negativo, às possíveis frustrações de quem não consegue fazer a faculdade ou o curso desejado.

(27) NO CASO DE NÃO ESTAR FAZENDO O CURSO DESEJADO, QUAIS AS RAZÕES

Nesta questão, partimos da hipótese de que quanto mais essa razão se aproximasse de uma imposição à pessoa, mais prejudicial seria o seu equilíbrio emocional. A ordenação das alternativas, partindo desse princípio, obedeceu mais ao senso comum.

Por razões semelhantes às já apontadas em questões anteri-

ores, acrescentamos uma alternativa - "Está fazendo o curso que deseja", de forma que a ordenação passou a ser:

- 0- Está fazendo o curso que deseja.
- 1- Necessidade de fazer um curso com melhores perspectivas de remuneração ou de mercado de trabalho.
- 2- Conselho de amigos ou parentes.
- 3- Concorde com a escolha dos pais ou substitutos.
- 4- Necessidade de fazer um curso mais rápido.
- 5- Problemas econômicos na ocasião de ingresso na Universidade.
- 6- Não conseguiu vaga para o curso colocado como opção superior.
- 7- Outras:

(28) SE ACHA QUE A UNIVERSIDADE ESTÁ CORRESPONDENDO ÀS SUAS EXPECTATIVAS (NO CASO DE ESTAR FAZENDO O CURSO PELO QUAL OPTOU)

A satisfação com o curso que está sendo oferecido pela universidade está ligada obviamente à percepção do estudante quanto à possibilidade do curso estar ou não preparando-o devidamente para exercer sua profissão, à boa estruturação do mesmo, à didática dos professores, etc... De qualquer forma a insatisfação quanto a qualquer um desses aspectos, talvez mais em relação ao primeiro, é fonte geradora de preocupações e tensão, e pode interferir no equilíbrio emocional.

Por motivos de análise computacional incluiu-se uma alternativa, a de que "Não faz o curso pelo qual optou", de maneira que as alternativas para essa finalidade passaram a ser:

- 1- Sim
- 2- Não
- 3- Não faz o curso pelo qual optou

Vamos considerar as três questões seguintes de uma só vez, pois estão intimamente relacionadas:

(29) EXPECTATIVA DE REALIZAÇÃO PROFISSIONAL, INDEPENDENTEMENTE DO ASPECTO DE REMUNERAÇÃO

(30) EXPECTATIVA DE RECEBER UMA REMUNERAÇÃO CONDIGNA

(31) EXPECTATIVA EM RELAÇÃO AO "MERCADO DE TRABALHO"

Essas três questões, como se vê, relacionam-se às expectativas profissionais dos alunos segundo três aspectos que julgamos básicos. Embora essa divisão, ou discriminação, seja um pouco teórica, decidimos observá-la no questionário. Partimos do princípio de que quanto piores as expectativas, maiores fontes de incerteza, insegurança e preocupações quanto ao futuro, influenciam negativamente a saúde mental. Para efeito de codificação juntamos as alternativas "muito ruim" e "ruim" numa só, dada a subjetividade extrema da discriminação entre ambas. As alternativas passaram então a:

1- Muito ruim, ou ruim.

2- Boa.

3- Muito boa.

(32) RELIGIÃO E PRÁTICA RELIGIOSA

O relacionamento da religião com a saúde mental é assunto bastante controvertido, na opinião dos que o têm estudado.

Parece que foi o próprio Freud um dos primeiros a chamar a atenção para o problema, muito embora Durkheim já tivesse relacionado religião e suicídio, e saibamos hoje que em muitas vezes o suicídio está intimamente relacionado com distúrbios mentais (Coleman, 1973).

Em 1907, em seu trabalho "Atos obsessivos e Práticas Religiosas", Freud focalizou o estudo psicodinâmico da religião do ponto de vista dos conflitos do indivíduo. Em 1912 focalizou o estudo da religião do ponto de vista do grupo. Partindo do fenômeno do "Totem e Tabu", ele tentou demonstrar que os precursores da religião serviriam à função de proteger a organização grupal. O grupo seria protegido, por esses mecanismos precursores da religião, contra as ambições individuais anti sociais, especialmente o incesto e o patricídio.

Em 1921 Freud usou a Igreja Católica como exemplo de um gru

po bastante perseverante, e considerou a religião de maneira geral como essencialmente um fenômeno de grupo, antes que um fenômeno individual. Todavia em "O Futuro de uma Ilusão", escrito em 1927, e em "A civilização e seus descontentes", escrito em 1930, ele parece voltar a considerar a religião de um ponto de vista individual; ela seria um recurso usado pelo homem para aliviar a ansiedade individual, e nos protegeria contra a ansiedade gerada pelo sentimento de abandono e fraqueza. Supõe que as pessoas criam os deuses, que são colocados no lugar do pai, de forma que aqueles lhes dão no presente o que o pai lhe deu no passado. Em 1939, em "Moisés e o Monoteísmo", Freud retém a idéia de que a religião satisfaz as necessidades primitivas dos homens de uma forma individual, mas descreve o desenvolvimento tanto do povo judeu como da religião judaica como um fenômeno unitário, de grupo.

Ostow (1975) considera que a religião satisfaz as necessidades individuais do homem:

"A religião, oferecendo à pessoas uma oportunidade de relacionar-se com Deus, torna possível uma espécie de reprodução da relação dependente com os pais. A criança pequena parece requerer a garantia de que nada mudará em sua vida, que sua mãe nunca se afastará dela ou morrerá.

Oferece a segurança de que a pessoa estará protegida por pais eternos, e isto evidentemente, quando assumido como Fé, é fator de estabilidade e segurança emocional."

Outros aspectos apontados pelo mesmo autor como "benéficos" à saúde mental são: segurança contra a morte, prometendo vida eterna, mecanismos para expiação das culpas, possibilidade de prolongamento das figuras parentais da divindade, a quem as pessoas podem apegar-se quando ameaçadas pelo desenvolvimento da depressão, e finalmente uma forma de "escapismo transcendental" das duras realidades da vida diária.

Além desses aspectos individuais, devemos olhar a religião

como forma de organização grupal, se quisermos apre^ender de forma global, o seu relacionamento com a saúde mental. Podemos considerar a sociedade, o grupo, como o organismo primário, e os indivíduos como seus membros componentes. Esta concepção pode ser comprovada pela observação, de que quando um grupo está em perigo - por exemplo por um ataque inimigo - muitos indivíduos arriscam ou mesmo sacrificam suas vidas em sua defesa.

O grupo é mantido coeso por laços de afeição, como Freud colocou em 1921 em "Psicologia dos Grupos e Análise do Ego". Porém somente a coesão não é suficiente para permitir-lhe um funcionamento adequado. Ele necessita para isso da formação de líderes de uma forma ordenada, e as entidades religiosas, pelo menos as chamadas grandes religiões, possuem uma estrutura que fornece essas lideranças. Examine-se por exemplo a perfeita organização hierárquica da Igreja Católica Romana.

Parece que no mundo atual tende-se a não considerar devidamente a função da religião na organização social, talvez porque a organização política sobrepos-se à organização religiosa, com propósitos de disciplina interna, defesa, etc... Todavia, mesmo exercendo uma função organizativa de segundo ou terceiro plano, ela não deixa de ser poderosa pois os laços religiosos são primordialmente afetivos, e os políticos, embora também afetivos, são mais fundados em dispositivos legais.

Vejamos agora algumas das funções da religião na organização da comunidade. Ela provê ritos e cerimônias que facilitam a introdução das crianças e jovens na comunidade adulta. Torna válido o casamento, ou mesmo a separação. Seus rituais favorecem a identificação de seus membros entre si e a submissão a um líder ou a seus representantes. Desencoraja a dissensão intraconjugal, condena o incesto e o homicídio, e envolve essas duas principais ofensas com um elaborado código de moralidade e ética. É importante notar que a observância desse código detem a busca de vantagens individuais à custa de outros membros da comunidade, protegendo assim a organização grupal.

Entretanto, a comunidade religiosa pode desencadear um clima propício para distúrbios emocionais, principalmente entre os

jovens, quando ela fica inerte, e o jovem se sente inútil e não tem como aplicar suas energias; ou ainda se a comunidade religiosa entra em "crise" e o jovem sente-se atirado a um complexo de valores que se contestam, e tende a buscar fora dela as respostas de que precisa, recorrendo então a valores totalmente contrários, ou ao uso de drogas, à excessiva permissividade sexual, à atuação política exagerada, ou até mesmo ao suicídio.

Citamos no início a Durkheim, Este famoso sociólogo francês realizou marcante estudo sobre o suicídio em fins do século passado, e em um dos capítulos de seu livro estuda as relações do suicídio com diversos credos religiosos. Dada as relações íntimas que hoje sabemos haver entre suicídio e saúde mental, a pergunta de Bastide parece-nos bastante pertinente:

"Não seria possível constatar fatos análogos para a saúde mental?"

Escreveu Durkheim:

"Nos países puramente católicos, tais como Espanha, Portugal e Itália, o suicídio encontra-se pouco desenvolvido, enquanto, enquanto que nos países protestantes, tais como a Prússia, a Saxônia e a Dinamarca, está no auge."

E apresenta os seguintes dados, coletados por Morselli no fim do século passado:

	Média de suicídio/milhão hab.
Estados protestantes	190
" mistos (protest. + cat.)	196
" católicos	58
" católicos gregos	40

O autor, após analisar outros dados e os diversos fatores que por ventura estivessem mascarando essas evidências (grau de evolução dos países católicos comparados com os protestantes, e efeito das maiorias nas religiões, as minorias tendendo a comportar-se de maneira mais fiel às leis religiosas, etc...), conclui

que as diferenças notadas quanto à ocorrência de suicídio se devem à natureza dos dois sistemas religiosos considerados, protestante e católico:

"A inclinação do protestantismo para o suicídio deve estar em relação com o espírito de livre arbítrio que anima esta religião."

e mais adiante

"a superioridade do protestantismo, do ponto de vista do suicídio, provém do fato de se tratar de uma Igreja menos fortemente integrada do que a Igreja Católica." (grifo nosso)

Os judeus aparecem com as menores taxas de suicídios nas estatísticas observadas por Durkheim. A explicação dada é que a repressão e perseguição dos cristãos aos judeus por tanto tempo criou neles sentimentos de solidariedade muito intensos:

"A partir daí, cada comunidade transformou-se numa pequena sociedade, compacta e coerente, dotada de um sentimento muito vivo sobre ela própria e sobre sua unidade. A Igreja judaica tornou-se deste modo mais fortemente coesa do que qualquer outra, obrigada como que a fechar-se sobre si mesma, dada a intolerância de que era alvo. (...)"

Valeria a pena aqui comentar que a integração social parece ser hoje aceita como um fator que favorece a saúde mental.

Até aqui vimos alguma coisa do relacionamento da religião e saúde mental mais do ponto de vista teórico e especulativo, ou de forma indireta, quando citamos as considerações de Durkheim a respeito do suicídio. Vejamos agora alguns dados de pesquisas objetivas que tentaram relacionar essas duas entidades. Os dados que se seguem são na sua maioria coletados de Bastide, (1967) de sua obra "Sociologia das Doenças Mentais"

Dayton encontrou para distúrbios mentais, dados semelhantes aos encontrados para o suicídio por Durkheim, isto é, maior

proporção entre protestantes, seguidos pelos católicos, e por último os judeus.

Outros autores, como Stonequist, afirmam o contrário, que o povo judeu é mais permeável às doenças mentais. A esse respeito Bastide comenta que é preciso observar que os judeus constituem ao mesmo tempo um grupo religioso e um grupo étnico. Como grupo religioso ele pode estar mais protegido contra os distúrbios mentais, como pode-se depreender das observações de Durkheim, mas como grupo étnico pode ocorrer exatamente o contrário, por causa das discriminações e opressões que resultam em tensões perigosas para a saúde mental. Também Klineberg observou que em Nova York, em 1917, havia uma maior proporção de psiconeuroses entre judeus do que no restante da população nativa. Ainda em relação aos judeus, Goldberg fez uma análise semelhante da taxa de ingresso nas enfermarias de psicopatas do "King's Country Hospital" e "Bellevue Hospital", em 1917, e verificou que em 1917 os judeus representavam 25,8% da população de Nova York, mas apenas 16,5% nesses hospitais, e 14,5% em 1919. Em todo o estado de Nova York em 1917, os judeus constituíam na época 16% da população geral, e apenas 11,6% do total das primeiras admissões nos setores de Psiquiatria dos hospitais de todo o Estado.

Na mesma época, contudo, os judeus apresentaram, ao contrário mais alta porcentagem de psiconeuroses dos E.E.U.U. (25,2% contra 17% para os norte americanos, mesma cit. ant.)

Bastide comenta que essa oposição (grifo nosso) entre neuroses e psicoses traduz bem a ambivalência entre o religioso e o étnico, isto é, entre o grupo solidário, comunitário, vivendo sua cultura religiosa, e o grupo perseguido, rejeitado, tentando assimilar valores da sociedade global, sem consegui-lo, devido às barreiras encontradas. O autor parece dar a entender que o aspecto religioso do povo judeu o defenderia das psicoses, mas o aspecto étnico - povo rejeitado - o predisporia as neuroses.

Srole e colaboradores, em 1962, no já comentado "Midtown Manhattan Study", notou que as consultas psiquiátricas para os diversos credos correspondiam a 40% para os judeus, 22,7% para os

protestantes e 11,2% para católicos. Bastide comenta a esse respeito que essas cifras devem ser consideradas à luz da tendência dos judeus, tanto de classes altas como baixas, de procurar psiquiatras mais frequentemente quando têm problemas.

Sanua teve mérito de tentar o controle de outras variáveis que estivessem ligadas à religião (familiar, econômica, sexual, étnica). A pesquisa desse autor foi bastante extensa. Este autor conclui, após certo número de considerações que

"os valores e normas que constituem a cultura religiosa de um grupo étnico predominam na etiologia das doenças mentais sendo o fator-familiar determinado pelas tradições etno-religiosas mas que há variações desses valores e dessas normas segundo as classes sociais, embora tais variações pareçam menores para o grupo protestante." (...)

Assim como se pode considerar os tipos de religiões, como acima foi feito, pode-se também levar em conta simplesmente a prática religiosa, no sentido a confirmar ou não a hipótese de Durkheim sobre o valor integrativo dessa experiência.

Jung vê nas religiões de maneira geral, ou seja, na prática religiosa, "a grande estrada real da saúde mental". Bastide o questiona: "não são elas células separadas da vida, nas quais se cultivaria a morbidez?"

Essas questões, no fenômeno da prática religiosa em si, independe deste ou daquele credo, tem hoje preocupado psiquiatras e padres, mais do que as diferenças entre os credos.

H. Baruk, ressaltou o abandono das leis do decálogo na origem dos distúrbios mentais. Esse abandono estaria deixando o homem de hoje "cada vez mais desamparado."

Bergman, de confissão protestante, insiste na importância da ação religiosa na terapia dos distúrbios mentais. Tiébaut salientou o mesmo papel nos distúrbios do alcoolismo, e Frankl vê na diminuição de nossa vida espiritual a verdadeira patologia de nossa época.

Bastide cita, a respeito desse fator religioso, ou prática religiosa, a dois autores que julgamos importantes. O primeiro deles é Oates. Este pesquisador encontrou entre missionários-aspirantes batistas muitos casos de frustrações afetivas, de relações familiares conflituosas, mas, segundo o autor, esses estudantes - salvaram-se da psicose por sua vida religiosa, o bom pastor substituindo o pai brutal, e a comunidade eclesíastica criando um clima de segurança que faz desaparecer pouco a pouco a ansiedade; o mesmo autor, baseado em observações clínicas, descobre um duplo efeito da religião: um negativo - a obsessão do pecado, as proibições de maneira geral, criando ansiedade em certos pacientes - e outro positivo - a religião, sobretudo a oração acalmando e tranquilizando o espírito, mitigando a ansiedade. Desses e outros estudos citados, Bastide conclui que:

"a religião praticada intervém, mais na terapia (grifo nosso) dos distúrbios mentais do que em sua etiologia"

e Oates finalmente conclui que

"as seitas religiosas constituem comunidades fechadas que protegem os indivíduos contra os distúrbios mentais."

Eaton e Weil estudando as colônias dos Hutteritas no Canadá e E.E.U.U, observaram que em tais comunidades as psicoses e neuroses apresentavam-se sob formas menos graves, mais latentes do que manifestas, do que no restante da população.

Também se observou ausência quase completa de esquizofrenia, embora houvesse alta proporção de reações maníaco-depressivas, e baixíssima frequência de formas graves de neurose. Os mesmos autores explicam que "a atmosfera de piedade, o clima de orações e de amor fraternal que caracterizam essas comunidades" evitam dúvidas, ansiedades e dão segurança. Bastide chama a atenção aqui para um outro efeito da religião, além do terapêutico, isto é, o efeito preventivo (grifo nosso).

Gostaríamos ainda de incluir uma das conclusões do traba -

lho de Fávero, em Ribeirão Preto, Estado de S. Paulo, de que pessoas filiadas a diferentes grupos religiosos não apresentam diferenças significantes quanto a médias de sintomas psiquiátricos, embora possam ser observadas diferenças quando analisamos alguns sintomas em particular. Entre esses sintomas figura o de "preocupação" que aparece com média mais elevada nos católicos praticantes, e com as menores médias entre os espíritas praticantes, estando de permeio as médias dos católicos semi e não praticantes.

Face ao que foi exposto vê-se que o assunto é bastante complexo. Todavia parece não haver dúvidas que a religião influi na saúde mental.

Porém como ordenar os itens para efeito do estudo das correlações? Esta é uma das questões do QDPS que mais dificuldades nos trouxe quanto a esse aspecto.

Vejamos por exemplo o aspecto integração social, que para Durkheim, Bastide e outros, parece favorecer a saúde mental.

Que religião, no Brasil favorece mais essa integração, essa coesão, esse sentir-se parte de um grupo coeso?

A religião protestante foi apontada como mais individualista, em oposição à católica, mais comunitária e integrada. Mas será isto verdade num país onde o protestantismo faz minoria, e por isso mesmo talvez constitua grupos mais integrados do que os católicos?

Mas por outro lado não se nota na Igreja Católica, particularmente depois do Concílio Vaticano II, uma volta ao espírito-comunitário, às pequenas comunidades do início do Cristianismo?

E o que falar do Espiritismo? Não parece ser ele a religião que mais incentiva as trocas afetivas e a solidariedade, não só entre seus membros, mas entre esses e o restante da comunidade?

Será por acaso que grande parte de hospitais, asilos e orfanatos são mantidos e dirigidos por entidades espíritas?

Vemos aqui no Espiritismo dois aspectos que o diferenciam radicalmente das outras religiões cristãs. O primeiro é a crença na reencarnação. Parece que a crença de se estar nesta vida num

processo de aperfeiçoamento espiritual e que esse processo terá continuidade em encarnações futuras é bastante confortante para os espíritas. Um outro é a possibilidade de comunhão, de comunicação com os mortos, através dos médiuns.

Ela permite ao espírita não perder o vínculo com os membros de sua comunidade nem mesmo depois de suas mortes, que sem dúvida favorece-lhe encarar as perdas com maior segurança e naturalidade. Esses dois aspectos, do ponto de vista de saúde mental, nos parecem benéficos.

Quanto aos judeus, ficamos em dúvida quanto à predominância do aspecto religioso, que conforme vimos, favoreceria a saúde mental, ou do étnico, que parece desfavorecê-la enquanto grupo discriminado. É claro que os trabalhos feitos se referem a outros países, e temos dúvidas se essa discriminação ocorreria no Brasil. Assim é que, para efeito de ordenação dos itens no QDPS quanto ao tipo religioso optamos por duas alternativas, a 1a. colocando a religião judaica em quarto lugar, e a 2a. em segundo.

As duas ordenações foram portanto, usadas para o estudo das correlações, supondo-se que a influência dessas religiões na saúde mental é decrescente na ordem em que são colocadas no item-32 do QDPS.

1a. ordenação

- | | | |
|-------------|----------------|------------|
| 1- Espírita | 3- Protestante | 5- Outras |
| 2- Católica | 4- Israelita | 6- Não tem |

2a. ordenação

- | | | |
|--------------|----------------|------------|
| 1- Espírita | 3- Católica | 5- Outras |
| 2- Israelita | 4- Protestante | 6- Não tem |

Pelas razões já comentadas, quanto à diferenciação entre religião como tal, e prática religiosa, consideramos à parte este último aspecto do item 32, partindo do princípio que a força da religião, como fator de saúde mental, aumenta quando ela é praticada realmente.

A ordenação desse sub-item, ao qual chamaremos 32-a passou a ser então:

- 1- Religioso praticante
- 2- " não praticante
- 3- " sem se saber se é ou não praticante.
- 4- " não tem religião

(33) FREQUÊNCIA A "CURSINHO", E POR QUANTO TEMPO

De maneira geral o número de vezes que se presta vestibular guarda uma relação positiva com o tempo em que se frequentou "cursinho". Isto foi verificado por Rabello em seus trabalhos sobre o estudante universitário.

O "cursinho" parece ser consequência da falta de continuidade entre o nível e tipo do ensino médio e universitário e tem se constituído numa indústria bastante rendosa a ponto de muitos abandonarem suas tarefas mais concordes com seu papel profissional para assumi-lo como centro de suas atividades.

Nosso intuito ao colocar esta questão no QDPS era a de tentar averiguar se o tempo de cursinho, guardava alguma relação com o Escore no GHQ, supondo-se que o tempo de luta competitiva "fosse proporcional ao de cursinho", e que essa "luta competitiva" fosse suficientemente estressante para influir negativamente no equilíbrio emocional. Dessa forma a ordenação original das alternativas no QDPS foi mantida, juntando-se apenas as duas alternativas "três anos" e "mais de três anos" em uma só.

Por outro lado os entrevistadores orientaram os sujeitos para que na alternativa 1 - não fez - considerassem também a hipótese de terem feito cursinho até 6 meses, na alternativa 2 - um ano - a de o terem feito por mais de 6 meses.

(34) RAZÕES QUE O LEVARAM A ENTRAR NA UNIVERSIDADE

Esta questão foi incluída apenas como forma de melhor caracterizar a nossa população, e não será explorada neste trabalho. Pretendemos fazê-lo em uma próxima oportunidade.

- Rendimento Acadêmico:

Embora não apareça nenhuma questão no QDPS sobre esse aspecto, o rendimento acadêmico também foi considerado variável independente.

A observação de que o rendimento intelectual costuma estar relacionado a dificuldades emocionais é bastante comum entre psicólogos e psiquiatras.

Falando especificamente de adolescentes, Hurlock (1961) observa que muitos deles que não haviam tido dificuldades na escola primária, sofrem muitas dificuldades para adaptar-se à escola secundária ou universidade, e que, qualquer que seja a causa dos fracassos, eles repercutem desfavoravelmente no equilíbrio emocional. Da forma dramática, a autora ainda acrescenta que a perturbação emocional pode chegar a ser tão intensa, a ponto de abandonarem a escola, ou o lar, ou mesmo que tentem o suicídio.

Murguía (1971) afirma que nem sempre as alterações psíquicas nos jovens têm uma expressão psicopatológica definida, e que às vezes se tratam de alterações inaparentes que só se manifestam através de modificações no processo dos estudos.

Crown et. al. (1974) concluíram há pouco tempo que é possível delinear componentes nevróticos e motivacionais nas dificuldades escolares.

Para a estimativa do rendimento escolar usamos o próprio coeficiente de rendimento acadêmico (C.R.) calculado pelo SERCA (Serviço de Registro e Contrôlo Acadêmico, da UNICAMP), no final do 1º semestre de 1975, que é calculado segundo a fórmula:

$$C.R. = \frac{\sum_i \left[\frac{P_i \times C_i}{N_i} \right]}{4 T} \quad \text{onde:}$$

P_i = número de pontos obtidos na disciplina i .
 C_i = créditos obtidos pela disciplina i .
 N_i = número de vezes que o aluno cursou a disciplina i .
 T = número de créditos possíveis.

Convém lembrar que o C.R. fornecido pelo SERCA é cumulativo, isto é, representa a média ponderal de todos os C.R. anteriores, que são calculados a cada final de semestre. Tentamos obter somente o C.R. referente ao 1º semestre de 1975, que nos seria mais adequado, na medida em que refletiria aproximadamente a situação escolar do respondente na época da pesquisa, mas isto foi impossível por problemas técnicos ligados ao SERCA.

3.5 APLICAÇÃO DOS INSTRUMENTOS

Após o estudo piloto em que se procedeu à adaptação do G.H.Q., chegou-se à conclusão de que a aplicação de questionários a domicílio era inviável, pois os entrevistadores tiveram muita dificuldade em encontrar as pessoas sorteadas em suas residências. Pensamos então que uma maneira de contornar a situação seria tentar a aplicação no próprio campus da Universidade. Assim é que conseguimos quatro "postos" de aplicação em locais estrategicamente situados, de modo que houvesse facilidade de acesso aos alunos sorteados para a pesquisa. Uma semana antes da data marcada para o início da aplicação, enviamos cartas circulares aos alunos sorteados, em que se expunha as finalidades gerais da pesquisa, e se solicitava o comparecimento do aluno. Essas cartas circulares foram entregues pessoalmente aos sorteados, através do SERCA (*) e da colaboração de três alunos na UNICAMP que tinham maiores facilidades de relacionamento com seus colegas.

Também colocamos cartazes em locais estratégicos - quadros de avisos, murais, - onde constavam indicações sobre a pesquisa e listas dos estudantes sorteados.

A amostra foi dividida equitativamente por cinco dias da semana, de segunda a sexta, dando-se a cada aluno sorteado a possibilidade de ir responder aos questionários a qualquer hora, das 8:30 hs. às 17:30 hs., em qualquer dos três dias indicados. Os entrevistadores, licenciandos em Psicologia por outra Universidade local, permaneciam "de plantão" nos quatro postos, mesmo durante os horários de refeições. Eles receberam orientação e treinamento em reuniões que antecederam a aplicação dos questionários. Cada respondente recebia em primeiro lugar o G.H.Q., e só depois de se ter verificado que todas as perguntas haviam sido respondidas é que se entregava o Q.D.P.S.. No G.H.Q. evitava-se qualquer explicação. Essa só era dada em último caso. Porém os respondentes que a exigiram foram muito raros. No Q.D.P.S. o aplicador ficava à disposição para explicações que fossem necessárias. Houve ainda uma pequena enquete suplementar que era entregue após os dois questionários terem sido respondidos,

(*) SERCA: Serviço de Registro/Contrôl. Acadêmico, da UNICAMP.

mas cujos dados não foram analisados nesta pesquisa. Após o estudante ter respondido aos dois questionários e à enquete, o material era colocado em um envelope e lacrado, recebendo um número código cuja identificação só era conhecida pelo autor deste trabalho.

O comparecimento dos alunos sorteados superou nossas expectativas, pois supúnhamos que teríamos que recorrer a visitas domiciliares para completar o número mínimo necessário de 340 indivíduos. Convém esclarecer aqui que embora 340 tenha sido o número mínimo calculado para a amostra, foram sorteados 410 indivíduos, supondo-se de antemão uma "quebra" no comparecimento. Ao final da semana tínhamos 342 respondentes. A época da aplicação foi a primeira semana de junho de 1975.

Cronologicamente deveríamos fazer a seguir a descrição dos resultados obtidos nessa aplicação dos dois instrumentos. Todavia vamos descrever primeiro a validação do G.H:Q., realizada algum tempo-depois da aplicação descrita acima, acreditando que assim procedendo estaremos facilitando a compreensão do trabalho como um todo.

3.6. Validação do instrumento usado para estimar ocorrência de problemas emocionais (GHQ)

Após a aplicação do GHQ e do QDPS na nossa amostra inicial de 342 pessoas, achamos conveniente proceder a uma validação do GHQ no nosso meio, em função de um maior rigor científico.

A validade de um instrumento é a propriedade do mesmo medir realmente aquilo que ele propõe. Uma das formas de se determinar a validade de um instrumento é compará-lo com algum consenso externo - que seja aceito como normativo. Se esta comparação mostra que em ambos estão correlacionados dizemos que o instrumento é válido. O ponto a partir do qual se aceita que o instrumento é válido, é de certa maneira, arbitrariamente escolhido, e depende entre outras coisas - dos fins a que se destina o instrumento. Um que se destine, por exemplo, a dosar uma substância no sangue, altamente nociva à saúde, deverá possuir uma validade bastante alta. O grau de validade de um instrumento poderá ser estimado mediante o coeficiente da correlação entre as medidas realizadas pelo instrumento e pelo critério externo - adotado como normativo, ou por alguma outra medida semelhante.

Como dissemos acima a validação supõe a comparação das medidas feitas pelo instrumento, com um critério externo, assumido como normativo. No nosso caso assumimos a entrevista clínica estruturada como esse critério. Ultimamente tem-se procurado melhorar a efetividade da entrevista clínica com finalidades diagnósticas, estruturando-a com questões ou itens. Alguns autores têm construído roteiros de entrevista usando somente questões fechadas, outros preferem - questões abertas, e ainda há aqueles que combinam ambas as coisas. Alguns ainda atribuem "pesos" às questões ou a grupos de questões, que, computados depois de terminada a entrevista, servirão para a colocação do entrevistado em algum dos pontos de uma escala, que geralmente vai do que está bem, sem problemas na esfera psíquica, até aqueles que apresentam problemas considerados graves.

No nosso caso, preferimos usar como roteiro a entrevista estruturada de Spitzer, Endicott e colaboradores, desenvolvida por esses autores em 1964, e conhecida como Mental Status Schedule (MSS) acrescida de algumas questões especialmente destinadas a estudantes, retiradas, na sua maioria de uma nova entrevista estruturada desenvolvida pelos mesmos autores em 1969 (Psychiatric Status Schedule - PSS).

A M.S.S de Spitzer já foi usada no Brasil por Brody, em 1966, e por

Fávero, em Ribeirão Preto, em 1972. Essa pesquisadora comparou essa técnica com outras, e chegou à conclusão que a M.S.S. era bastante adequada para a avaliação da presença de sintomas e sinais de distúrbios emocionais, substituindo a entrevista clínica com vantagens, para efeito de comparação em pesquisa. A tradução e adaptação que usamos foi elaborada pela referida autora.

O roteiro completo da entrevista que usamos, aparece no Anexo IV. Em resumo, esse roteiro é o resultado da fusão da M.S.S. com alguns itens da P.S.S. e outros de nossa própria autoria.

Cada item pode ser considerado verdadeiro ou falso pelo entrevistador. Anexamos uma folha em branco ao roteiro, de forma que quando um item era considerado verdadeiro, o comportamento ou estado afetivo recebia uma breve descrição na folha em branco. Assim, embora tenhamos usado uma entrevista estruturada, procuramos dar certa flexibilidade a ela, usando as questões mais como roteiro de sinais e sintomas, e não em forma rígida. Também não atribuímos "pesos" às questões ou a grupo delas.

Uma vez terminada a entrevista, o entrevistado era avaliado clinicamente, e recebia uma das quatro classificações seguintes:

0. O entrevistado está "bem". Não apresenta problemas clínicos na esfera psíquica.
1. Apresenta pequeno número de sinais ou sintomas de desconforto psíquico, de intensidade muito baixa.
2. Apresenta distúrbio emocional leve.
3. Apresenta distúrbio emocional moderado ou mais grave.

Para essa avaliação clínica valemo-nos evidentemente de nossa experiência e formação profissional. O sistema referencial para essa avaliação poderia ser esquematizado da seguinte maneira:

- Intensidade dos sinais e sintomas presentes.
- Percepção do grau de sofrimento do entrevistado.
- Percepção do grau de incapacidade do uso pleno de suas potencialidades.
- Avaliação das suas dificuldades no relacionamento interpessoal.

Embora a entrevista feita permitisse também a inferência quanto ao diagnóstico específico com relação às categorias "2" e "3" supracitadas, não nos preocupamos com esse aspecto, por que ele pouco ou nada acrescentaria aos nossos objetivos. (A bem de clareza, estamos entendendo por "diagnóstico específico" as categorias diagnósticas encontradas na Classificação Internacional de Doenças, na sua última versão - C.I.D.-8).

Uma vez realizada a entrevista clínica estruturada, com duração média de 45 minutos, o entrevistado era classificado dentro de uma categoria 0, 1, 2, 3, e a seguir pedia-se ao mesmo para responder ao G.H.Q. Isto feito, a entrevista e o G.H.Q. respondidos eram guardados em um envelope, que só seria aberto no final das entrevistas. Passaremos a seguir a discorrer sobre a constituição do grupo de sujeitos para a validação.

- Constituição do Grupo para validação clínica do Instrumento

Uma vez que nos propuzemos a validar o instrumento, pensamos que seria útil obter concomitantemente ao processo de validação algumas informações a mais sobre a nossa amostra.

Assim, solicitamos à Assessoria Estatística que nos sorteasse uma subamostra, oriunda da amostra inicial de 342 indivíduos. Foram sorteados 73 indivíduos, que corresponde a aproximadamente 21% da amostra inicial. Porém conseguimos entrevistar apenas 57 desses 73 indivíduos. Os demais não compareceram à entrevista, ou não foram localizados. Desses 57, 34 eram do sexo masculino (60%), e 23 do sexo feminino (40%), refletindo a maior proporção de estudantes do sexo masculino na nossa amostra e na UNICAMP. Essas pessoas foram entrevistadas em novembro de 1975, portanto 6 meses depois da primeira aplicação do G.H.Q. Para efeito de validação clínica os Escores G.H.Q. obtidos nessa segunda aplicação é que foram considerados.

Após serem entrevistados, constatamos que 15 tinham recebido classificação "2" ou "3", e 42, "0" ou "1".

Vemos portanto que há uma desproporção entre os que seriam "casos" e

"não-casos" (classificação "2 ou 3", e Classificação "1 ou 0", respectivamente). Também há uma desproporção quanto ao sexo, quando se considera a distribuição dessa variável em relação às categorias "2 ou 3" e "0 ou 1". Para que possamos visualizar melhor, vamos colocar esses dados abaixo:

Critério: Entrevista Clínica

Classif. "2 ou 3"	Classif. "0 ou 1"
15 { M. = 10 F. = 5	42 { M. = 24 F. = 18

Vemos acima que temos 10 (dez) homens nas categorias "2 ou 3" e 24 (vinte e quatro) nas categorias "0 ou 1"; e 5 (cinco) mulheres em "2 ou 3", versus 18 (dezoito) mulheres em "0 ou 1".

Essas desproporções são contra-indicadas quando se vai proceder à validação de um instrumento. Por essa razão resolvemos acrescentar elementos a este grupo de validação, de maneira a termos números aproximadamente iguais de respondentes em "0 ou 1" e "2 ou 3", e a mesma proporção entre sexo masculino e feminino, em cada uma dessas categorias.

Por razões de ordem pragmática optamos por recrutar novos elementos com alta probabilidade de serem classificados como "2 ou 3" em nosso ambulatório da Faculdade de Medicina, ou em nossa clínica particular. Solicitamos a colegas que nos enviassem clientes para serem entrevistados, além daqueles que íamos atendendo dentro de nossa rotina normal de trabalho, mediante certas condições que não contratassem muito com os 57 indivíduos já entrevistados. Tais condições eram: a) idades limites: 18 a 35 anos; b) grau de instrução mínimo: ginasial; c) excluir as seguintes categorias diagnósticas: psicoses, quadros orgânicos-cerebrais, retardo mental e Sociopatias; d) dar preferência a universitários. Os clientes de nossa clínica privada eram selecionados evidentemente sob as mesmas condições.

O fato de uma pessoa ser "candidata" a fazer parte do subgrupo de categorias "2 ou 3" não significava que ela necessariamente passasse a integrá-lo. Para sê-lo, ela necessitaria ser entrevistada por mim, usando-se a entrevista estruturada, e ser de fato classificada em "2 ou 3". Caso a classificação não fosse uma dessas duas, o sujeito não deveria integrar o grupo de validação. Uma pessoa foi rejeitada por não cair na categoria "2 ou 3".

Não pudemos manter rigorosamente todas as condições para a admissão de sujeitos nas categorias em questão, isto é, tivemos que admitir quatro pessoas com apenas curso primário; acreditamos porém que devido ao pequeno número não se tenha prejudicado significativamente o processo de validação. A todos os entrevistados nós solicitávamos que deixassem em branco todas as perguntas que não tivessem sido entendidas no G.H.Q.. A seguir era-lhe explicado o significado da pergunta não entendida. O número de perguntas não entendidas foi bastante pequeno, e nunca ocorreu com pessoas de nível universitário.

Através desse procedimento chegamos aos seguintes números para os sujeitos de categorias "2" ou "3": Sexo masculino: 24; sexo feminino: 26. Faltavam-nos, portanto, para se conseguir o "equilíbrio" pretendido, 8 (oito) pessoas do sexo feminino nas categorias "0" ou "1".

Para se conseguir esses oito elementos, procedemos da seguinte maneira: solicitamos a colegas de uma das disciplinas do nosso Departamento que nos indicassem, cada um deles, de um a três elementos, estudantes universitários do sexo feminino, as quais esses docentes supusessem estar sem manifestações de problemas emocionais. Isto foi possível devido à estruturação da disciplina, que desenvolvia um contacto bastante próximo entre docente e seu pequeno grupo de alunos, num clima que favorecia a exposição de eventuais dificuldades pessoais ou mesmo problemas de natureza psicológica pelos quais algum deles estivesse passando. Para uma maior segurança entrevistamos e aplicamos o G.H.Q. em onze elementos. Um deles foi rejeitado por ser colocado na categoria "2". Dos 10 (dez) restantes sorteamos oito para completarem o grupo de validação, que passou portanto a ter 24 homens e 26 mulheres na categoria "0 ou 1", e 24 homens e 26 mulheres na categoria "2 ou 3", totalizando 100 elementos. Colocamos a seguir uma listagem com diversas características desse grupo, como sexo, idade, estado civil, grau de instrução, classificação clínica e escores G.H.Q. segundo os dois processos de contagem - do escore bruto usados, isto é, atribuindo-se pesos 0, 0, 1 e 1, e 0, 1, 2 e 3 às alternativas das respostas. (Tabela 3)

Os resultados anteriores foram colocados em gráficos com a Avaliação por Entrevista no eixo das abcissas e os Escores obtidos no das ordenadas (Gráficos I e II, págs. 85 e 86)..

Também construímos um outro tipo de gráfico agrupando as categorias "0 e 1" e "2 e 3", e com "cutting-score" de 18/19 (Gráfico III pág. 87..).

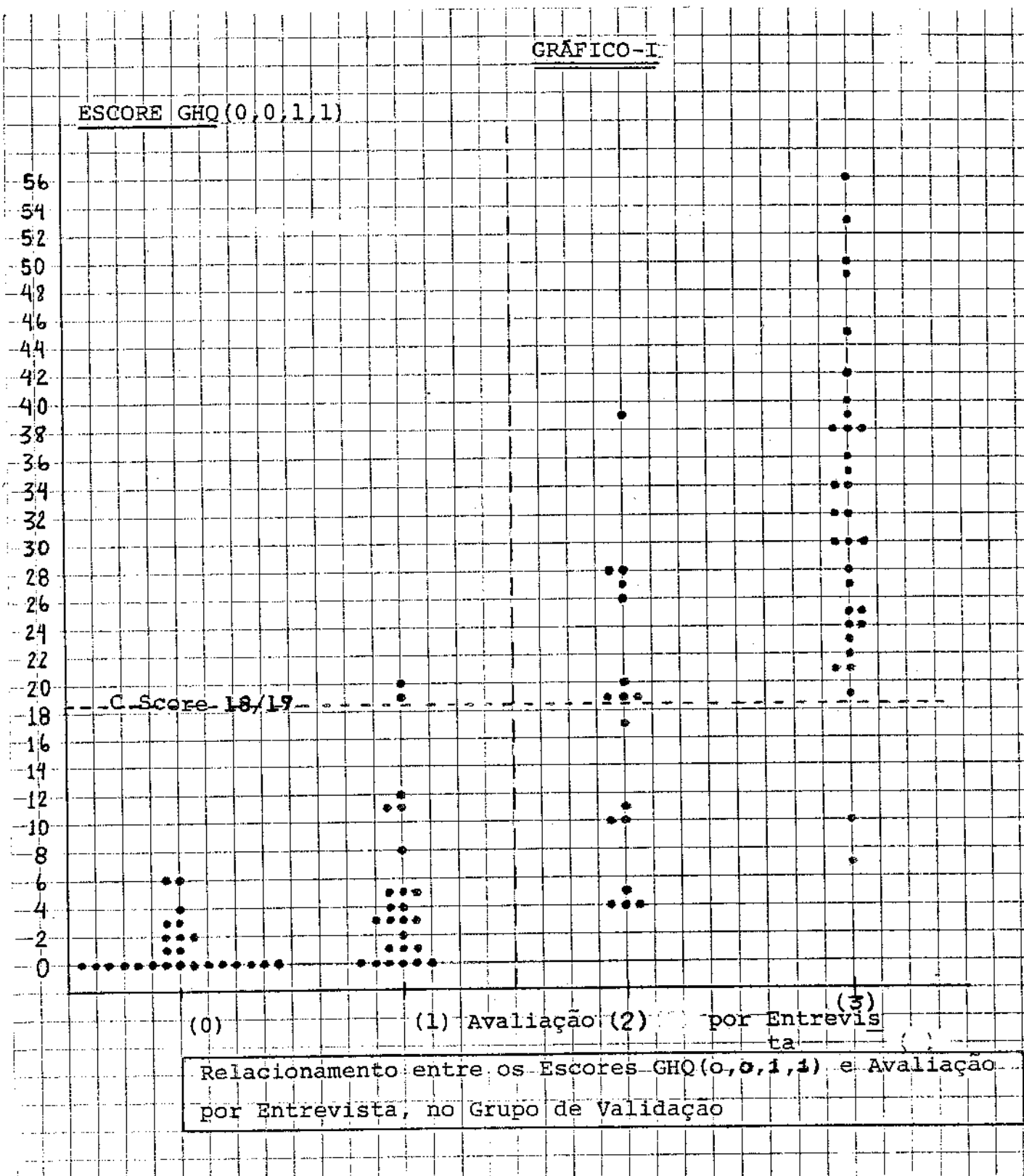
Constituição do Grupo de Validação com algumas características bio-sociais, classificação clínica e Escores do GHQ.

Nº de Ordem	Sexo	Idade	E.Civil	Grão de inst.	Classif. Clínica	Escore 0,0,1,1	Escore 0,1,2,3
1	M	28	Solt.	Univ.	2	11	43
2	M	23	"	"	1	11	53
3	M	22	"	"	1	5	50
4	M	22	"	"	2	27	66
5	F	20	"	"	2	26	70
6	F	24	"	"	3	35	99
7	M	26	"	"	0	1	37
8	F	19	"	"	1	3	30
9	F	19	"	"	0	6	40
10	F	22	"	"	0	4	43
11	M	22	"	"	0	2	28
12	M	18	"	"	1	8	48
13	M	21	"	"	0	3	32
14	M	23	"	"	1	3	27
15	M	18	"	"	3	34	92
16	F	19	"	"	0	6	35
17	F	22	"	"	1	1	33
18	F	21	"	"	0	0	30
19	M	23	"	"	1	0	36
20	M	25	"	"	0	3	46
21	F	24	"	"	0	1	30
22	M	19	"	"	1	11	93
23	F	24	Caś.	"	0	0	15
24	F	20	Solt.	"	3	38	95
25	M	25	"	"	0	0	35
26	F	26	"	"	2	5	29
27	M	25	"	"	3	23	68
28	M	24	"	"	2	28	67
29	M	24	"	"	1	0	24
30	M	19	"	"	0	0	23

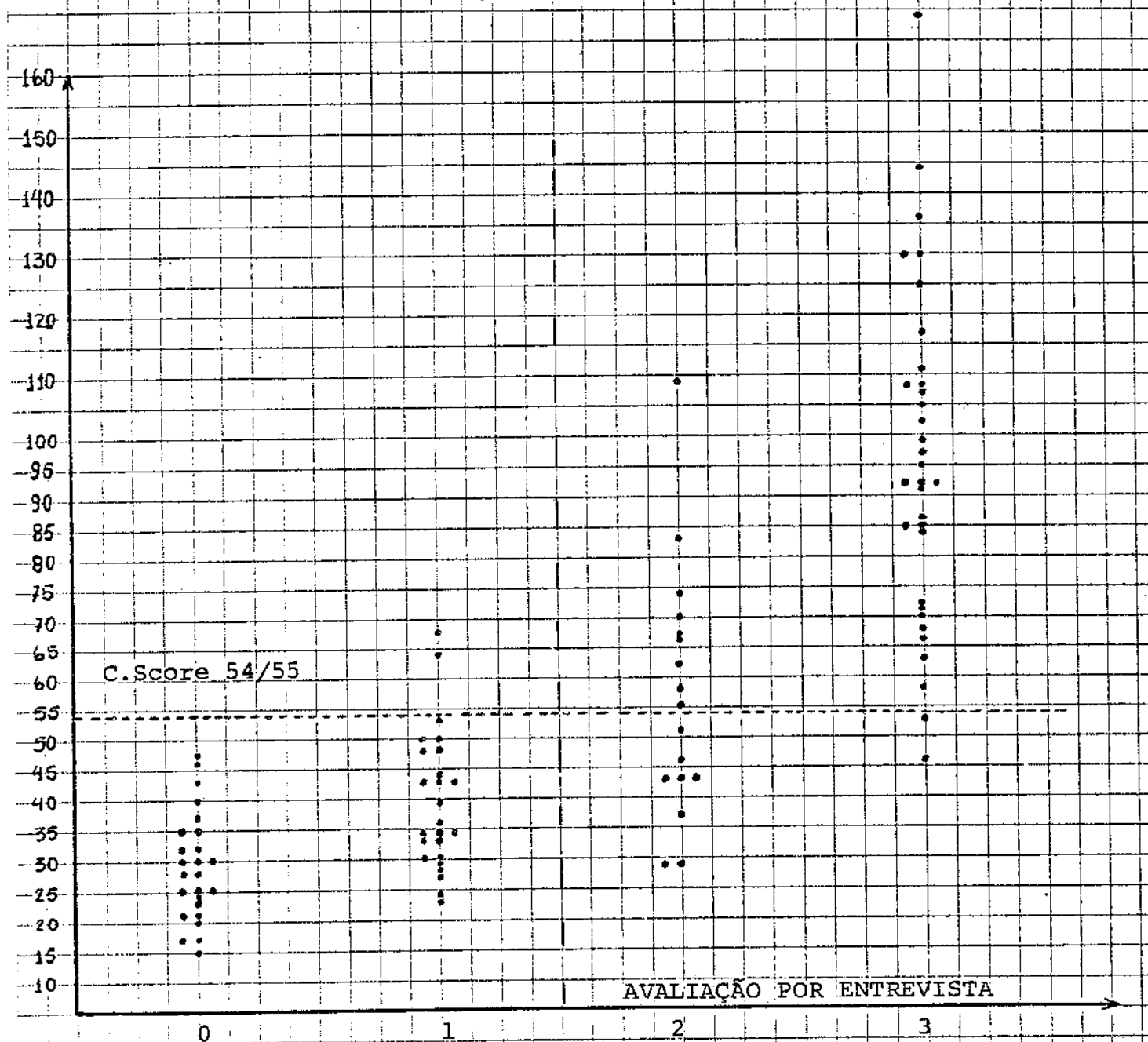
Nº de Ordem	Sexo	Idade	E. Civil	Gráu de Instr.	Classif. Clínica	Escore 0,0,1,1	Escore 0,1,2,3
31	F	27	Solt.	Univ.	1	3	29
32	F	18	"	"	1	4	34
33	F	24	"	"	2	19	58
34	F	21	"	"	1	1	39
35	M	18	"	"	1	5	50
36	M	22	"	"	0	2	25
37	M	23	"	"	3	22	63
38	F	20	"	"	0	0	30
39	M	22	"	"	2	4	37
40	M	20	"	"	1	5	33
41	M	20	"	"	2	4	46
42	M	21	"	"	0	2	46
43	M	29	"	"	1	0	23
44	M	20	"	"	0	0	28
45	M	19	"	"	1	3	43
46	F	20	"	"	0	0	21
47	M	21	"	"	1	20	68
48	M	21	"	"	2	19	62
49	F	19	"	"	0	0	25
50	M	21	"	"	1	12	48
51	M	21	"	"	2	10	43
52	M	20	"	"	1	19	64
53	F	22	"	"	1	1	44
54	M	24	"	"	1	0	34
55	F	29	Cas.	"	1	2	28
56	M	24	Solt.	"	0	0	24
57	F	21	"	"	0	0	21
58	F	19	"	"	2	19	51
59	M	19	"	"	3	49	136
60	M	21	"	"	3	42	185
61	M	20	"	"	2	17	55
62	M	22	"	"	3	36	102
63	F	21	"	"	3	30	84
64	F	26	"	"	3	24	72

Nº de Ordem	Sexo	Idade	E.Civil	Gráu de Instr.	Classif Clínica	Escore 0,0,1,1	Escore 0,1,2,3
65	F	19	Solt.	Col.Inc.	3	38	130
66	F	24	"	Univ.	3	21	58
67	F	27	Cas.	Profprim.	3	39	125
68	F	35	"	Ginas.	3	53	144
69	F	20	Solt.	Univ.	3	24	71
70	M	26	Cas.	Colg.	3	45	117
71	F	40	"	Ginas.	3	34	108
72	F	34	"	"	3	56	169
73	F	25	Solt.	Col.	3	32	92
74	M	35	Cas.	Ginas.	2	28	83
75	F	23	"	"	3	30	91
76	F	27	"	"	3	39	111
77	F	34	"	"	2	10	43
78	F	17	Solt.	Col.Inc.	3	27	85
79	M	35	Cas.	Ginas.	3	7	53
80	F	28	"	Prof,prim.	2	20	74
81	F	23	Solt.	Univ.	3	10	46
82	F	25	"	"	3	28	86
83	F	25	"	Ginas.	3	25	107
84	F	22	"	Univ.	2	39	109
85	M	35	Cas.	Primário	3	40	108
86	M	19	Solt.	"	3	30	97
87	M	23	"	Univ.	3	25	66
88	M	22	"	"	3	19	92
89	M	22	"	Primár.	3	32	85
90	M	28	"	Univ.	2	4	29
91	M	19	"	Gin.Inc.	3	50	133
92	M	38	"	Ginas.	3	21	71
93	F	22	"	Univ.	0	0	17
94	F	21	"	"	0	0	17
95	F	20	"	"	0	0	20
96	F	22	"	"	0	0	25
97	F	22	"	"	0	0	32
98	F	23	"	"	1	5	34
99	F	23	"	"	1	0	10
100	F	23	"	"	1	0	30

Embora a validação do GHQ tenha sido uma intercorrência no desenvolvimento da pesquisa, vamos incluir os seus resultados no capítulo 4, referente aos "Resultados".



Escore GHQ(0,1,2,3)

GRÁFICO II

Relacionamento entre os Escores GHQ(0,1,2,3) e Avaliação por Entrevista, no Grupo de Validação.

CRITÉRIO DO INSTRUMENTO

ESCORE GHQ
Menor ou igual a 18

ESCORE GHQ
Maior que 18

CRITÉRIO CLÍNICO (ENTREVISTA)

CLASSIFICAÇÃO 2 e 3

CLASSIFICAÇÃO 0 e 1

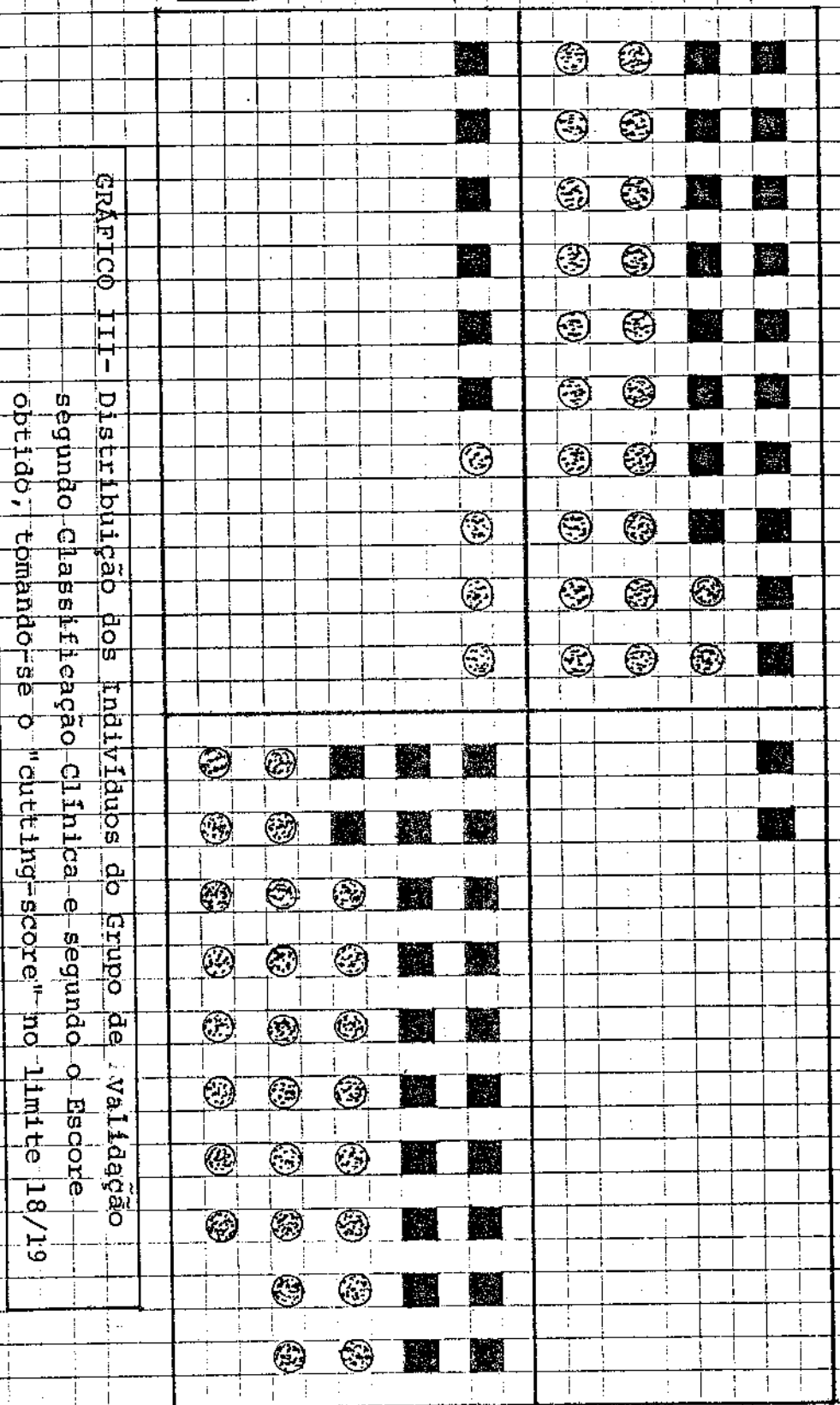


GRÁFICO III- Distribuição dos indivíduos do Grupo de Validação segundo Classificação Clínica e segundo o Escore obtido, tomando-se o "cutting-score" no limite 18/19

LEGENDA

■ = MASC.

● = FEM.

4.1. Apresentação de alguns conceitos de forma teórica.

Antes de passarmos propriamente à apresentação dos resultados, vamos esclarecer alguns conceitos, que para o leitor não familiarizado com o assunto serão importantes para a compreensão do que virá a seguir.

O GHQ é um instrumento do tipo "escala", em que cada indivíduo testado poderá se situar em qualquer ponto, dependendo do seu Escore. Todavia, os resultados obtidos podem ser expressos de forma bi-nomial, ou dicotômica, desde que se escolha um ponto divisor arbitrário, que separe a maioria dos indivíduos que possuem a característica em estudo da maioria das pessoas que não a possuem, havendo naturalmente algum grau de superposição entre os dois grupos que assim se formam. Esse ponto recebe a denominação de "cutting-score" (ponto crítico ou escore limite).

A capacidade de um instrumento de detectar pessoas em uma população qualquer com a característica em estudo é geralmente de finida pela sua Sensibilidade e Especificidade.

A Sensibilidade é a capacidade de um instrumento de dar um resultado positivo quando a pessoa testada apresenta realmente a característica em estudo. Ela é calculada da seguinte forma:

$$S = \frac{\text{Pessoas com a característica em estudo e com resultado positivo ao teste}}{\text{Total de pessoas com a característica em estudo.}}$$

A Especificidade é a capacidade do instrumento de apresentar um resultado negativo quando a pessoa testada não apresenta realmente a característica em estudo.

É calculada da seguinte forma:

Pessoas sem a característica em estudo
e com resultado negativo ao teste

$$E = \frac{\text{Total das pessoas sem a característica em estudo.}}{\text{Total das pessoas com a característica em estudo.}}$$

Valor Preditivo de um teste - Vechio (1966) coloca em realce o fato de que quando um teste vai ser usado numa grande e não selecionada população é importante saber qual será seu valor preditivo, ou seja, qual será a probabilidade de um respondente com teste positivo ter realmente a característica em estudo. Da mesma forma, ressalta a importância de se saber a probabilidade de uma pessoa com teste negativo não possuir a característica em estudo. Essa probabilidade está relacionada com a frequência ou ocorrência da característica em estudo na população total, isto é, com a Prevalência (+).

Para maior clareza dessas definições vamos esquematizar abaixo alguns dados hipotéticos. Suponhamos que se esteja fazendo a validação de um instrumento numa amostra selecionada da população, em que se tenha iguais números de indivíduos com e sem a característica em estudo, quando essa característica é identificada por um critério externo aceito como normativo (por exemplo a entrevista clínica). Temos então a seguinte tabela, para um determinado "cutting-score".

<u>Critério da Entrevista</u> (normativo)				
Critério do teste		(+)	(-)	Totais
	(+)	a	b	a + b
	(-)	c	d	c + d
Totais		a + c	b + d	n = a + b + c + d

(+) Entende-se por Prevalência: o número de casos de um distúrbio ou doença que existem em uma população em um momento dado ou

Lembre-se que no caso $a + b = b + d$

A Sensibilidade será: $S = \frac{a}{a + c}$ (I) e

a Especificidade: $E = \frac{d}{b + d}$ (II) Os indivíduos b são chamados "falsos positivos" e os indivíduos c, "falsos negativos". A proporção de falsos positivos será portanto $\frac{b}{n}$ e a de falsos negativos $\frac{c}{n}$. A proporção total de "falsos" será: $\frac{b + c}{n}$.

Aqui devemos lembrar um aspecto importante. O "cutting-score" é um ponto arbitrário, e para cada "cutting-score" haverá uma certa Sensibilidade e uma certa Especificidade. O ponto ideal para o valor limite será escolhido em função do uso a que se destina o questionário. Ao discutirmos os resultados de nossa validação, que aparecem sintetizados nos gráficos I, II e III voltaremos a esse assunto.

A Sensibilidade e Especificidade são determinadas a partir de uma amostra da população, ou de indivíduos que tenham características similares à população, onde o número de indivíduos com a característica em estudo deve ser igual ao número dos que não a possuem. Agora, uma vez determinadas a Sensibilidade e a Especificidade, se aplicarmos o instrumento a uma amostra aleatória de uma grande população, ou a toda uma população, qual será o Valor Preditivo do teste?

Para se calcular esse valor temos que ter uma estimativa da Prevalência do distúrbio em questão na população. Esta poderá ser

durante um período determinado de tempo. A Taxa de Prevalência momentânea pode ser definida da seguinte maneira:

$$P = \frac{\text{Nº de pessoas afetadas pelo distúrbio, em um momento dado}}{\text{População determinada exposta ao risco nesse momento}}$$

estimada a partir dos resultados obtidos pelos indivíduos dessa amostra aleatória no teste. Suponhamos que eles se distribuísssem da seguinte forma, se além de testados, fossem clinicamente entre vistados e avaliados

Critério do teste	Critério da Entrevista (normativo)			
		(+)	(-)	Totais
	(+)	A	B	A + B
	(-)	C	D	C + D
Totais		A + C	B + D	N

A Prevalência corresponde à proporção de indivíduos com o distúrbio em estudo na população total.

Partindo dessa definição e dos conceitos de Sensibilidade e Especificidade podemos escrever a tabela anterior da seguinte forma:

Critério da Entrevista				
Critério do Instrumento		(+)	(-)	Totais
	(+)	S.P.N	$(1-P).N - E(1-P)N$	N_1
	(-)	P.N - SPN	$E.(1-P).N$	N_2
Totais		P.N	$(1-P).N$	N

Onde:

S = Sensibilidade e E = Especificidade do Instrumento.

N = Tamanho da amostra que servirá para se estimar a Prevalência.

N_1 = Número de indivíduos acima do "cutting-score" = A + B.

N_2 = Número de indivíduos abaixo do "cutting-score" = C + D.

Sabemos que:

$$N_1 = S.P.N. + \left[(1-P)N - (1-P)N \right]$$

Donde se deduz que: $P = \frac{N_1 + EN - N}{EN + SN - N}$ ou $P = \frac{\frac{N_1 + E - 1}{N}}{E + S - 1}$

Vejamos agora o Valor Preditivo positivo (Ppos) isto é, a probabilidade de um respondente com resultado positivo no teste ter a característica em estudo.

Pela sua própria definição,

$$VPpos. = \frac{A}{A + B} \quad (III)$$

Sabemos que a Sensibilidade é

$$S = \frac{A}{A + C} \therefore A = S.(A + C) \quad (IV)$$

e que a Prevalência $P = \frac{A + C}{N}$. Logo

$$A + C = P . N \quad (V)$$

$$\text{De IV e V segue que } A = S . P . N \quad (VI)$$

Substituindo-se VI em III temos que:

$$VPpos. = S . P . \frac{N}{A + B} \quad \text{ou, se } A + B = N_1$$

$$VPpos. = S . P \frac{N}{N_1} \quad (VII)$$

Com processo análogo chegaremos à conclusão que o Valor Preditivo negativo (PVneg.), isto é, a probabilidade de um respondente com resultado negativo no teste não ter a característica em estudo será $VPneg. = E (1 - P) \frac{N}{N_2}$ (VIII)

4.2. Resultados da Validação

O exame visual dos gráficos I e II (págs. 85 e 86) mostra que os Escores obtidos no GHQ estão bastante correlacionados com a Avaliação por Entrevista, nos dois processos de contagem (0,0,1,1 e 0,1,2,3).

Além disso, assumindo-se um determinado "cutting-score", veremos que as porcentagens de respondentes com escores altos aumenta à medida que se caminha da classificação por Entrevista - mais baixa para a mais alta. Para o "cutting-score" 18/19, e usando-se o sistema 0,0,1,1, teremos os seguintes valores para essas porcentagens:

Porcent.de resp.c/Êsc: altos :	0	8	52,94	93,93
Classific. Entrev.:	0	1	2	3

Isto parece evidenciar que também entre nós o valor do - Escore está, de maneira geral, correlacionando positivamente com o grau de distúrbio, como demonstrou Goldberg na Inglaterra.

O exame dos gráficos I e II também evidencia que os dois sistemas de contagem produzem resultados semelhantes. De fato, determinando o grau de correlação entre ambos chega-se ao valor de - 0,94 para o coeficiente de Spearman, que é bastante alto. É bastante alto. Por esse motivo optamos pelo primeiro para o cálculo dos resultados que vêm a seguir, e para outras considerações que virão mais a frente, por ser mais simples.

Para se calcular o Valor Preditivo usamos as fórmulas (VII) e (VIII). Nessas fórmulas N_1 representa a soma dos indivíduos positivos ao teste e N_2 a soma dos indivíduos negativos ao teste.

Vamos calcular o VP usando os valores de N_1 e N_2 resultantes da aplicação do GHQ na amostra aleatória inicial de 342 estudantes, e para isso adiantaremos os valores encontrados, assumindo aqui também um "cutting-score" de 18/19.

Dos 342 respondentes, 95 obtiveram Escores GHQ (0,0,1,1) maiores que 18, e os 247 restantes, iguais ou menores a esse valor.

Temos então $N_1 = 95$ e $N_2 = 247$

A Prevalência pode ser estimada, como vimos, pela fórmula

$$P = \frac{\frac{N_1}{N} + E - 1}{E + S - 1}$$

e sendo $N_1 = 95$

$E = 0,96$

$$N = 342$$

$$S = 0.80$$

Temos que $P = 0,3127$ ou $31,27\%$

Essa seria a estimativa da prevalência momentânea. Embora a aplicação do GHQ tenha sido feita durante cinco dias, de segunda a sexta da 1ª semana de junho de 1975, podemos assumir o valor encontrado como momentâneo, pela pequena amplitude do intervalo de tempo.

$$VP_{pos.} = S.P. \cdot \frac{N}{N_1} = 0,80 \times 0,3127 \times \frac{342}{95} = 0.9005 \text{ ou } 90,05\%$$

$$VP_{neg.} = E(1-P) \cdot \frac{N}{N_2} = 0,96 \times 0,6873 \times \frac{342}{247} = 0.9135 \text{ ou } 91,35\%$$

Isto significa que, supondo-se uma Prevalência de $31,27\%$ para problemas emocionais não psicóticos na população em estudo, - uma pessoa que tenha um Escore maior que 18 terá $90,05\%$ de probabilidade de ter realmente problema dessa natureza, uma vez aceita a validação realizada. Da mesma forma, uma pessoa que tenha um Escore menor ou igual a 18 terá $91,35\%$ de probabilidade de não apresentar esse tipo de problema.

Para que se tenha uma visão de conjunto de todos esses valores vamos apresentar duas tabelas em que eles aparecem simultaneamente, para diversas suposições quanto ao "cutting-score" e quanto à Prevalência.

Tapela 4 : Variação da Sensibilidade e Especificidade com o Cutting-score

Cutting-score	Sensibilidade	Especificidade
10/11	0,84	0,90
18/19	0,80	0,96
19/20	0,72	0,98

Tabela 5 : Variação do Valor Preditivo com a Prevalência, supondo-se um Cutting-score 16/17

Tabela 5-: Variação do Valor Preditivo com a Prevalência, supondo-se um Cutting-score 18/19.

Prevalência	VP pos.
0,10	0,288
0,15	0,432
0,20	0,576
0,25	0,720
0,30	0,864

O exame das tabelas 4 e 5 fornece as seguintes conclusões:

1º - A elevação do "cutting-score" tende a diminuir a Sensibilidade e a aumentar a Especificidade. Dependendo do uso que fará do instrumento ele poderá se movimentar para cima ou para baixo. Se, por exemplo, pretendermos usar o instrumento para um trabalho de Psiquiatria Preventiva, em que se pretenda detectar em uma população qualquer os "casos potenciais", isto é, aquelas pessoas que tenham maior probabilidade de estarem passando por dificuldades emocionais, deveremos assumir um "cutting-score" cuja Especificidade seja mais ou menos alta, para diminuirmos o nosso risco de deixarmos de entrevistar pessoas que realmente estão passando por essas dificuldades, e levar também em conta que um aumento da Especificidade acarreta uma diminuição na Sensibilidade.

2º - O valor preditivo aumenta à medida que aumenta a Prevalência.

Escolha do "cutting - score". Temos assumido até agora um "cutting-score" de 18/19. Essa escolha não foi totalmente arbitrária. Se reexaminarmos o gráfico I (pág. 85) vemos que há uma tendência à rarefação de respondentes à medida que caminhamos para a região compreendida entre os escores 12 a 18. A partir do escore 19 reaparecem os respondentes de forma mais ou menos brusca. Apesar do número de respondentes ser relativamente pequeno, isto parece indicar que nessa região, mais para as proximidades do escore 19 é que se tem o ponto ótimo de discriminação entre as categorias "0 e 1" ("sem problemas emocionais") e "2 e 3" ("com problemas emocionais"). A porcentagem total de "falsos" (falsos positivos somados aos falsos negativos) é a menor, quan

do o "cutting - score" se localiza entre os valores 13/14 e 16/17(11%). Mas levando em conta que é a partir do escore 19 que temos novamente uma concentração de respondentes, optamos por escolher o "cutting- score" 18/19, que nos fornece uma porcentagem total de falsos ligeiramente superior - (12%) e praticamente os mesmos valores para a Sensibilidade e Especificidade. Provavelmente se tivéssemos um número maior de pessoas no grupo de validação, o ponto crítico para a melhor discriminação seria determinado com maior precisão. Com os dados que temos, parece-nos que ele tende a se localizar em torno do valor 18/19.

4.3 - Resultados da aplicação do GHQ e do QDPS na amostra inicial de 342 indivíduos.

4.3.1. Distribuição dos Escores do GHQ na amostra, e pelos estratos

Vamos apresentar inicialmente os resultados da aplicação do GHQ, em toda a amostra e pelos estratos considerados. Remetemos o leitor à observação da Tabela 5-A, (pag. 96). Essa tabela nada mais é do que a reprodução de uma listagem fornecida pelo computador, em que se usou a contagem 0,0,1,1, para os Escores GHQ. Uma outra semelhante foi fornecida para a contagem 0,1,2,3, cuja reprodução nos pareceu desnecessária.

Os números que aparecem na tabela correspondem aos números-código de cada respondente. Dessa maneira pode-se verificar rapidamente qual é o Escore de um respondente, ou de um grupo de respondentes. O primeiro algarismo de cada número-código fornece o estrato ou área à qual o respondente está vinculado (C.Tecnológicas, C. Exatas, etc...), e os dois algarismos seguintes constituem o número código propriamente dito.

Examinemos agora os gráficos IV a XII (pags. 98 a 106). O gráfico IV nada mais é do que a reprodução da Tabela 5-A, onde temos as frequências absolutas dos Escores obtidos em toda a amostra. É interessante notar que entre os Escores 10 e 20 há uma tendência à horizontalização da curva, voltando-se novamente para baixo após o Escore 20. O não aparecimento de Escores entre os valores 42 e 45 se explica provavelmente pelas baixas frequências obtidas para os Escores mais altos.

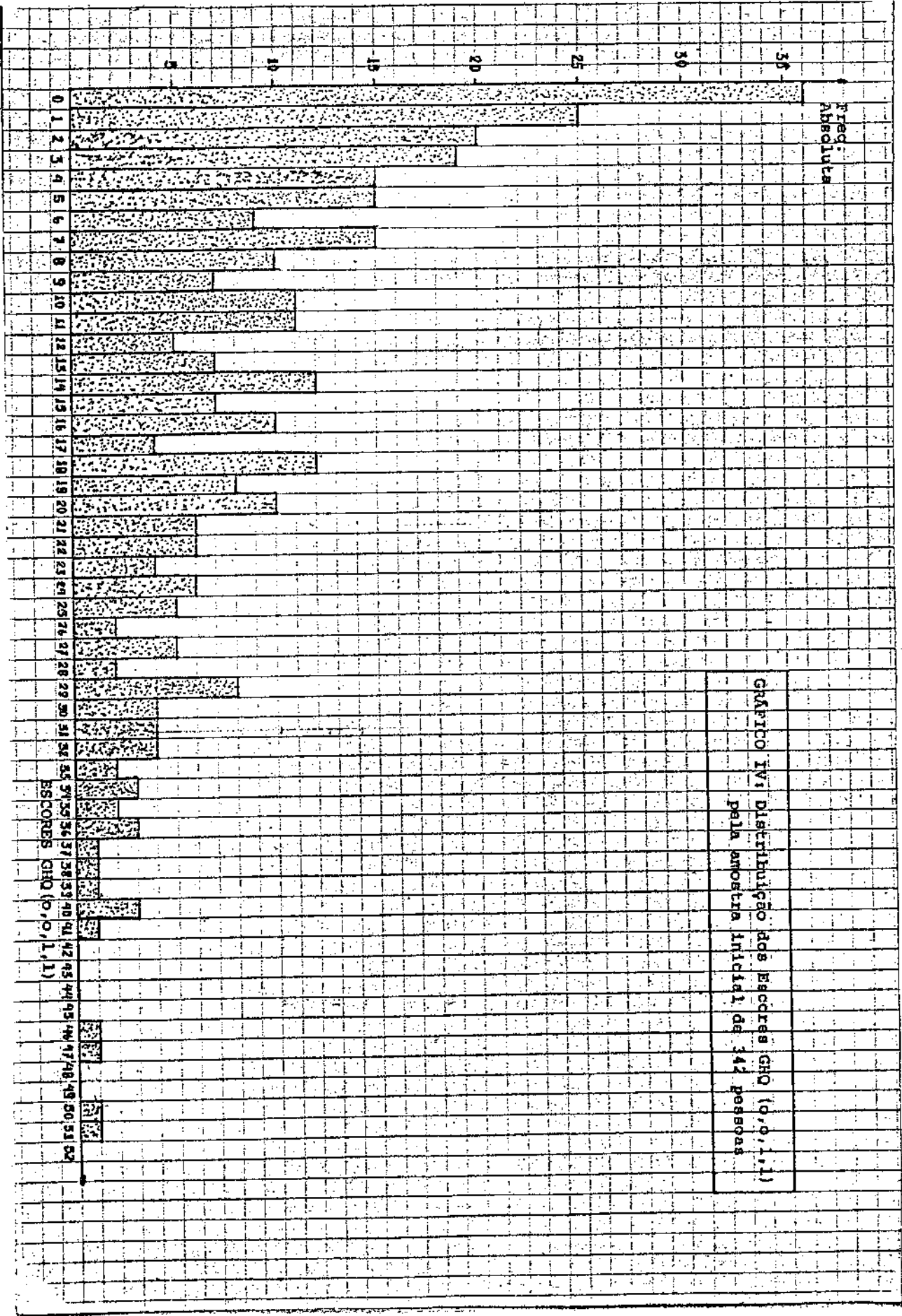
O gráfico VI assume forma diferente do anterior, devido ao método usado para a contagem (0,1,2,3). No entanto, a partir de certo ponto o gráfico passa a ter forma semelhante ao anterior, havendo maior variação na altura das barras devido a que o método "0,1,2,3," permite maior gama de valores para os Escores:- 0 a 180, contra 0 a 60 do método anterior.

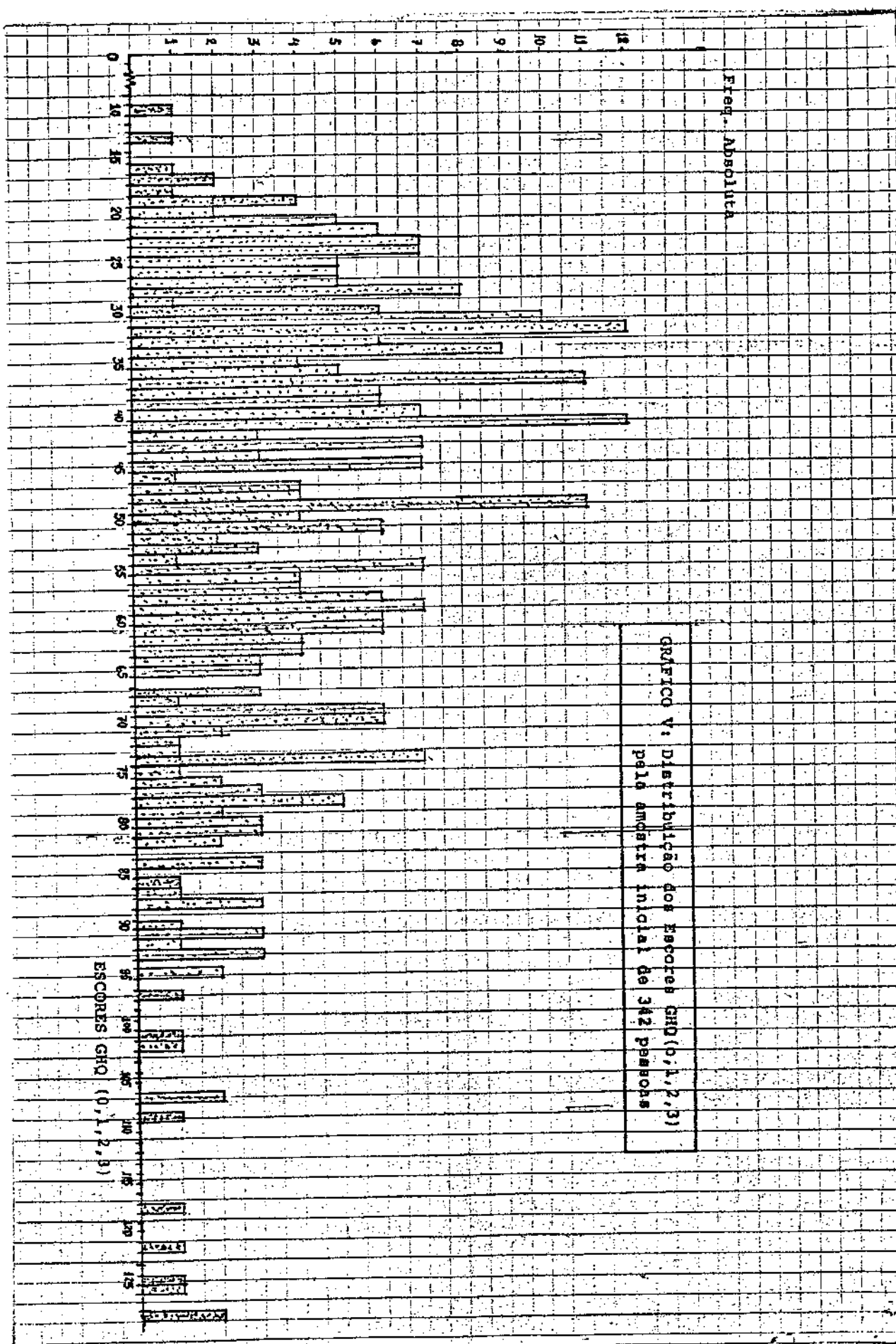
Como vimos atrás, ambos os métodos estão altamente correlacionados. Nos gráficos que se seguem optaremos pelo primeiro sistema.

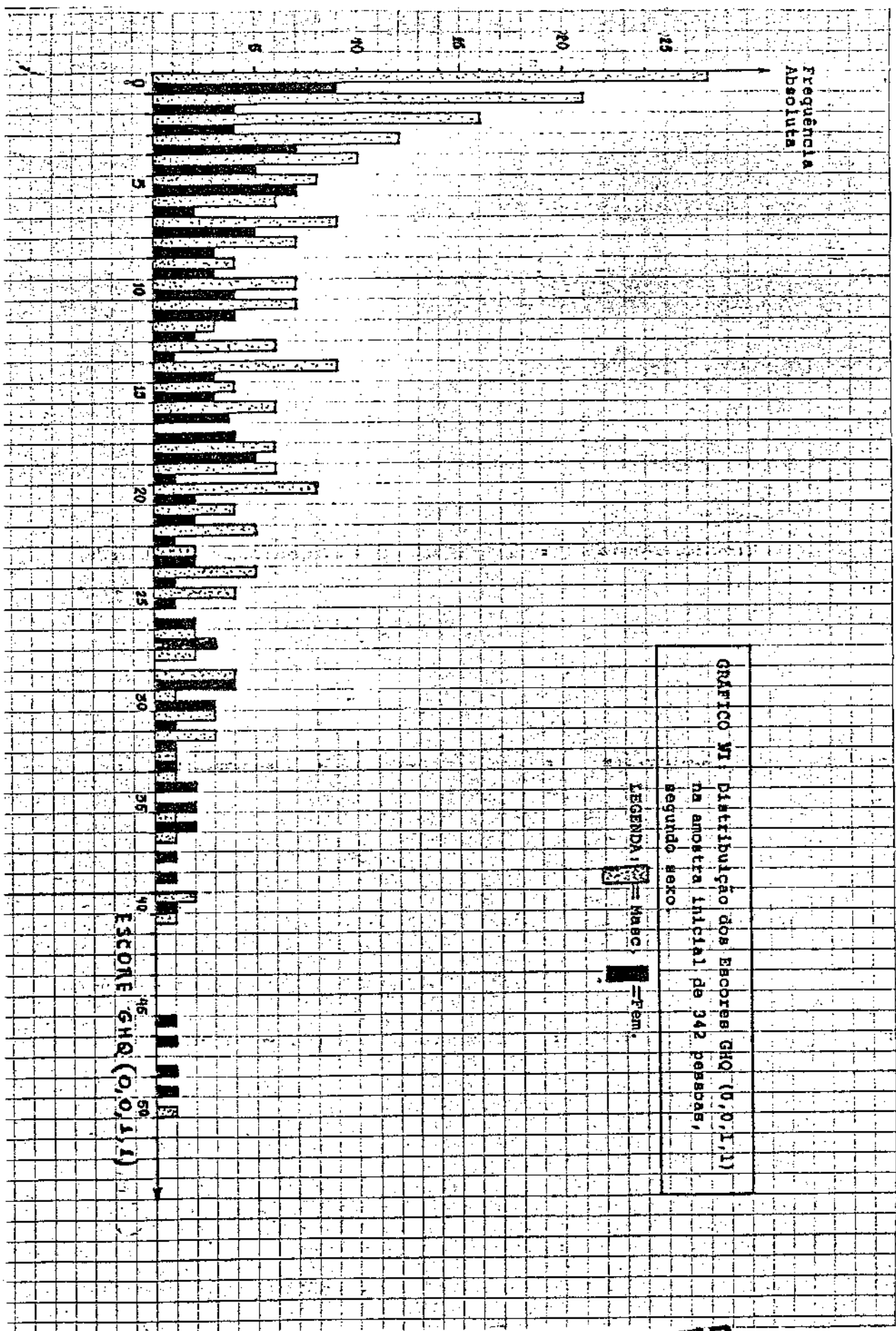
Chama a atenção nos gráficos IV e V a tendência à continuidade na distribuição dos Escores pela amostra; é provável que se esta fôsse maior esse aspecto de continuidade fôsse mais evidenciado. Essa tendência provavelmente reflete a hipótese de Gölberg de que os sinais e sintomas de distúrbios emocionais se distribuem na população através de um "continuum".

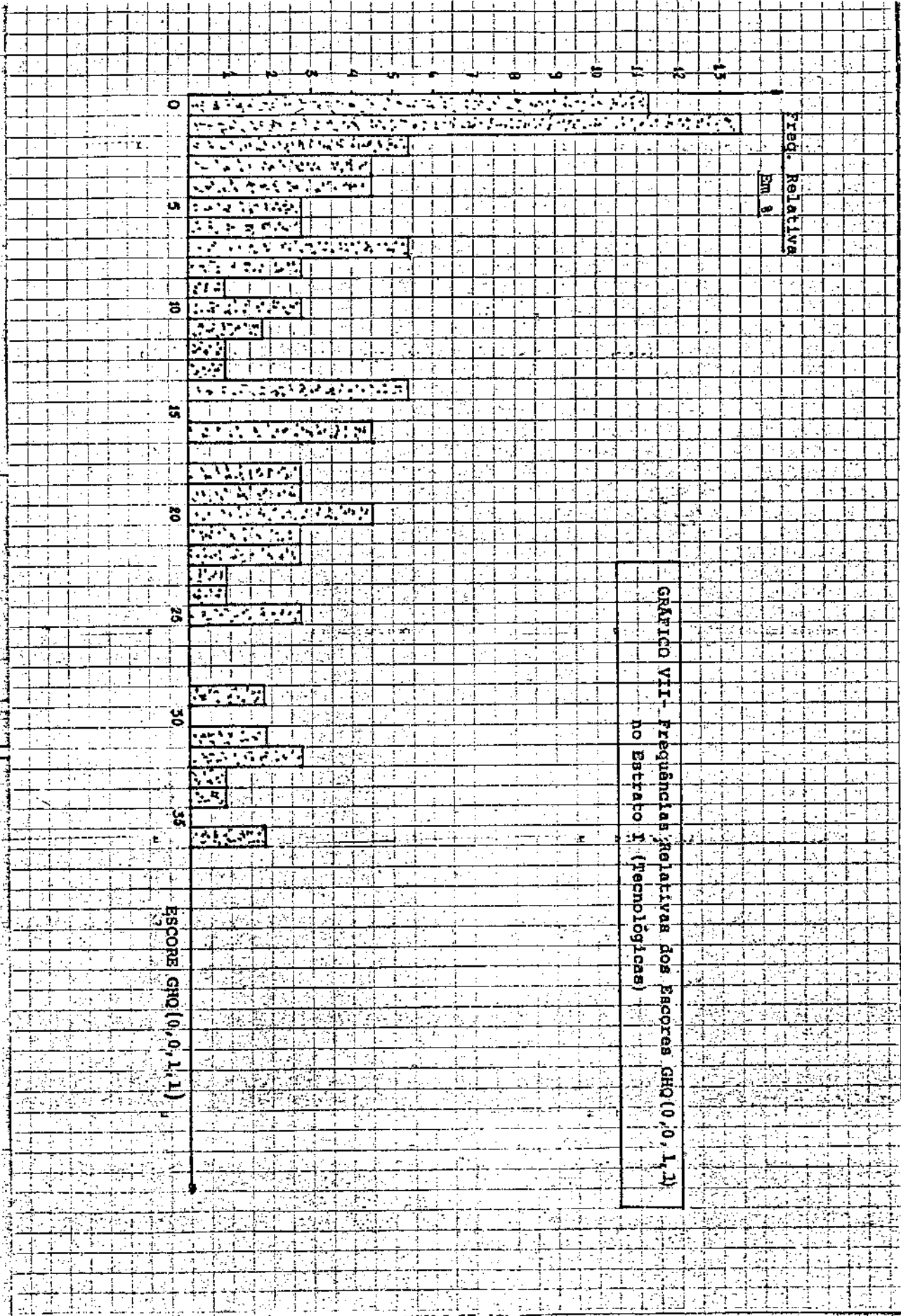
O gráfico VI evidencia as diferenças de freqüências dos diversos Escores quanto ao sexo. Nota-se facilmente uma maior tendência dos homens a terem Escores mais baixos, e uma maior tendência das mulheres a terem Escores mais altos, embora esta não seja tão evidente quanto a primeira.

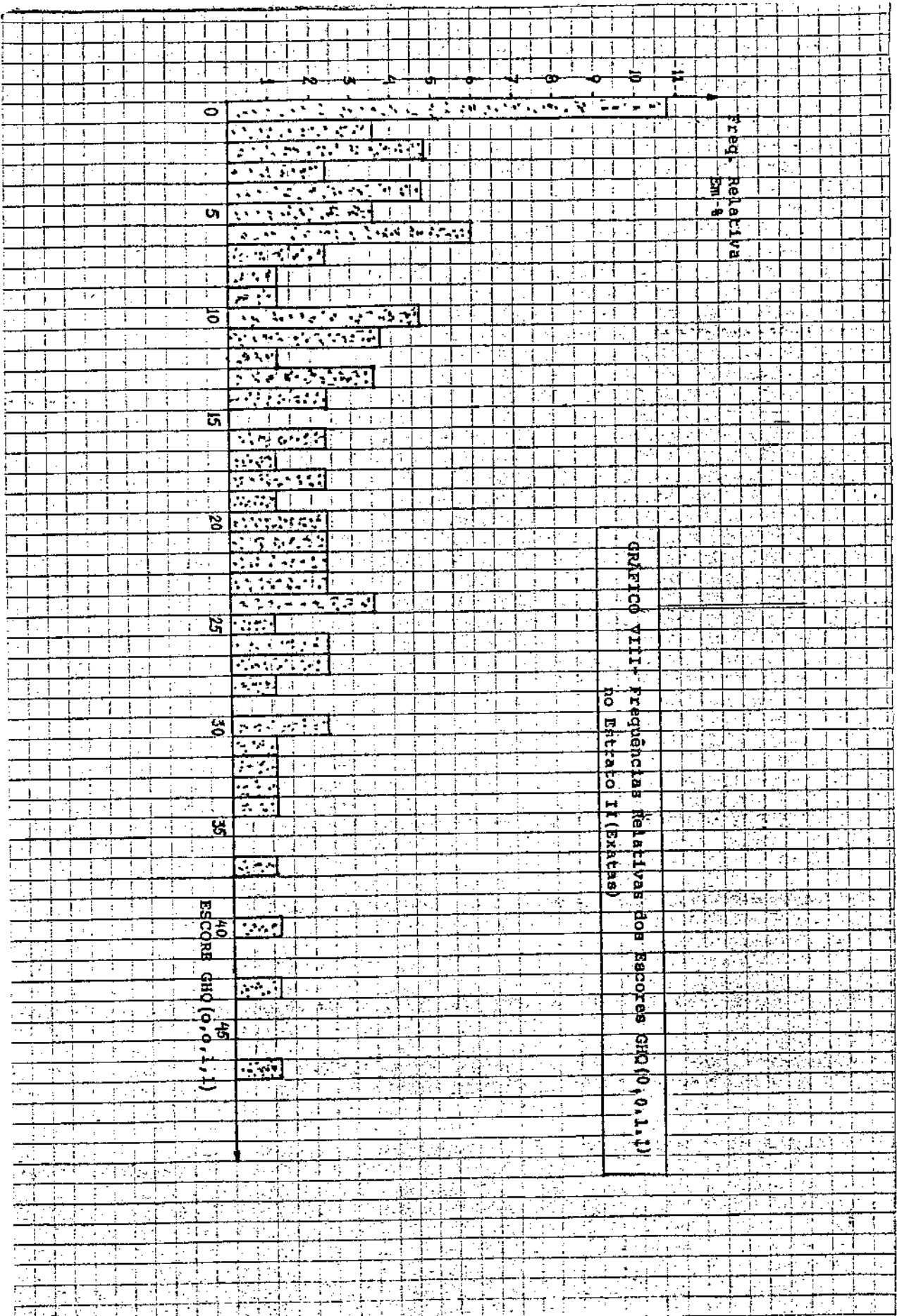
Os gráficos VII a XII apresentam as freqüências relativas dos Escores em relação ao próprio estrato, nos 6 estratos considerados na amostra inicial. Acreditamos que as diferenças nas formas dos gráficos se devam mais aos diferentes números de indivíduos por estrato, do que propriamente às diferenças de respostas ao GHQ por cada estrato. Pode-se notar que de uma maneira geral, quanto maior o número de indivíduos por estrato mais o gráfico tende a se aproximar a uma distribuição mais ou menos decrescente e contínua dos escores pelos indivíduos, aproximando-se da forma do gráfico IV, referente à toda a amostra.

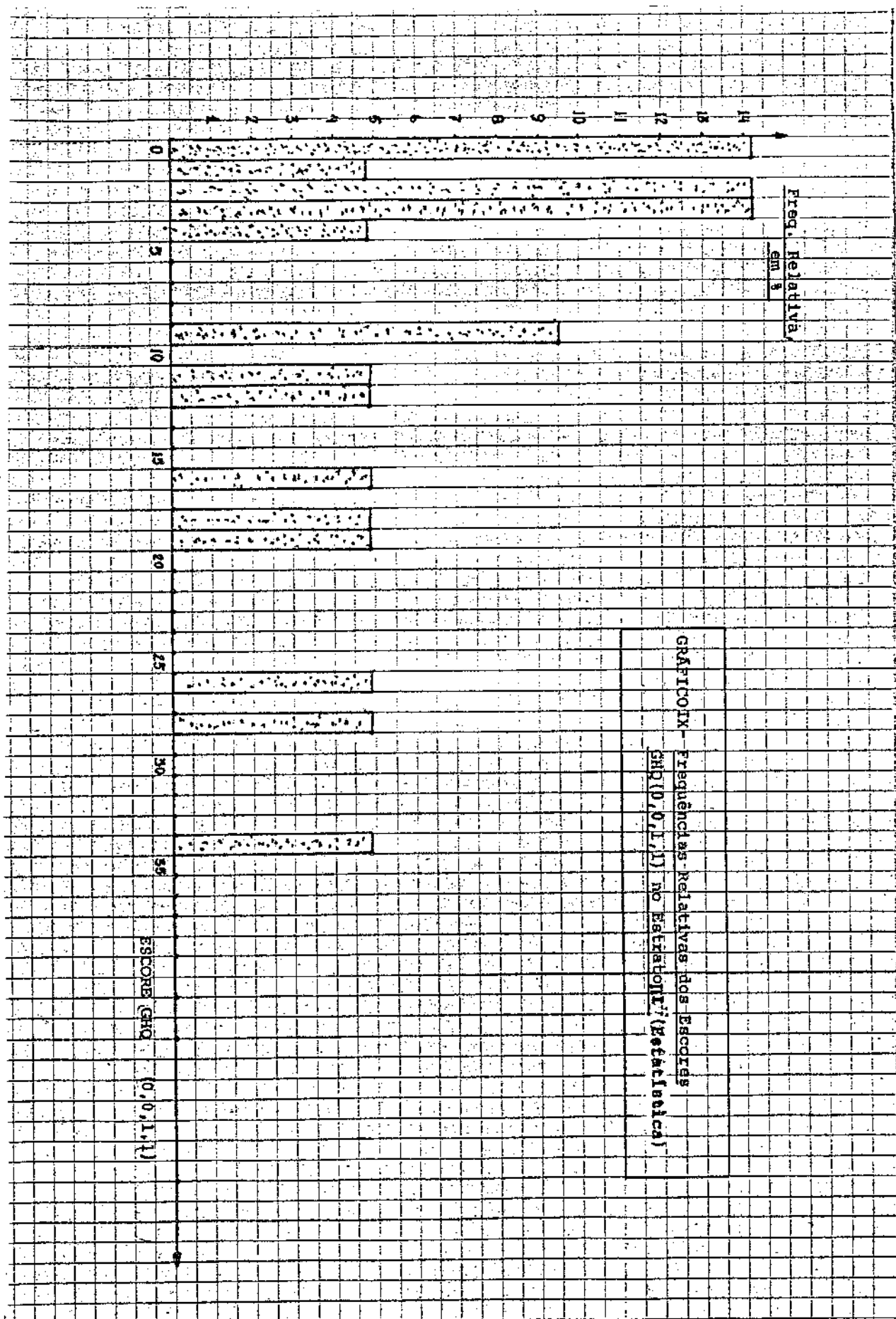


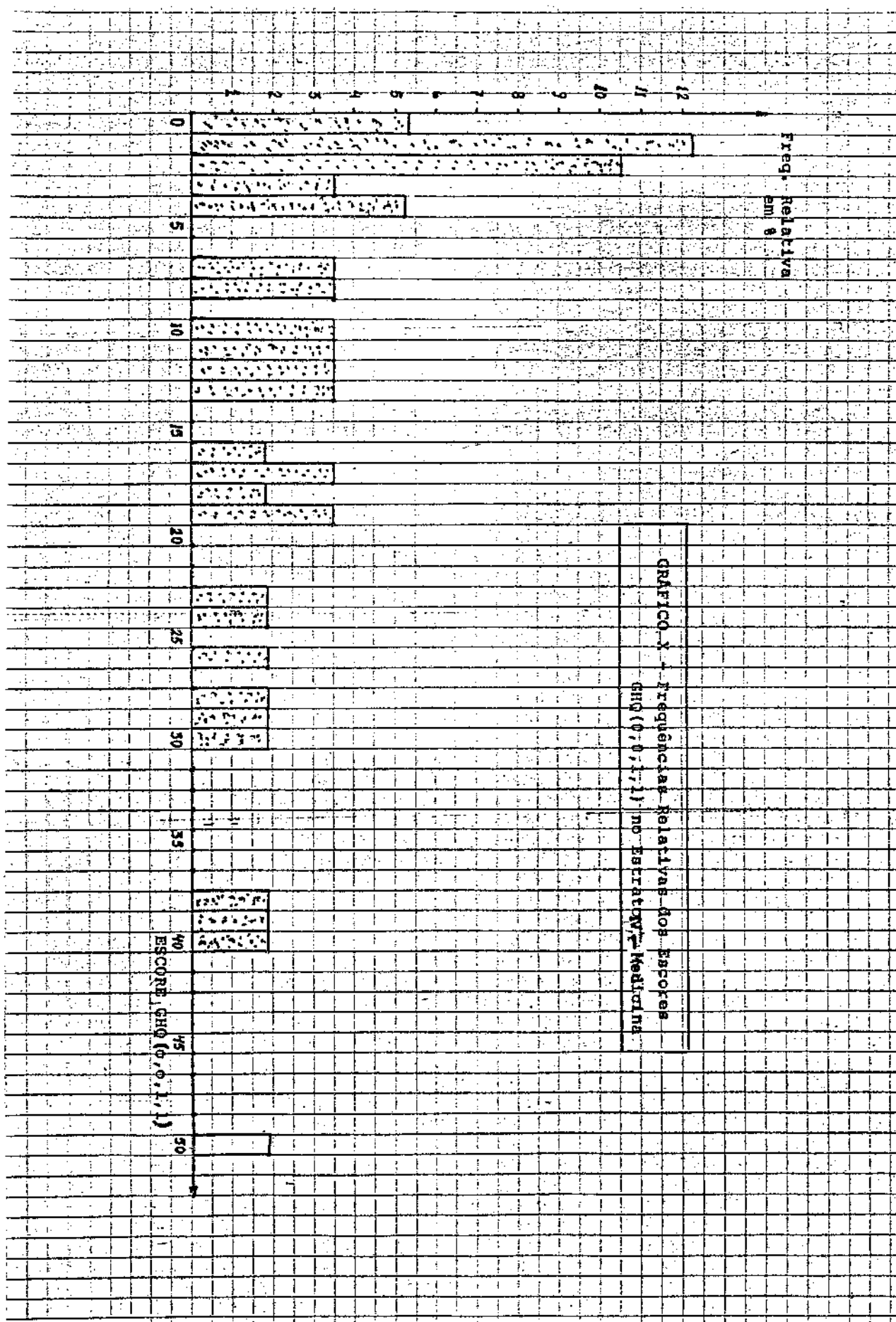


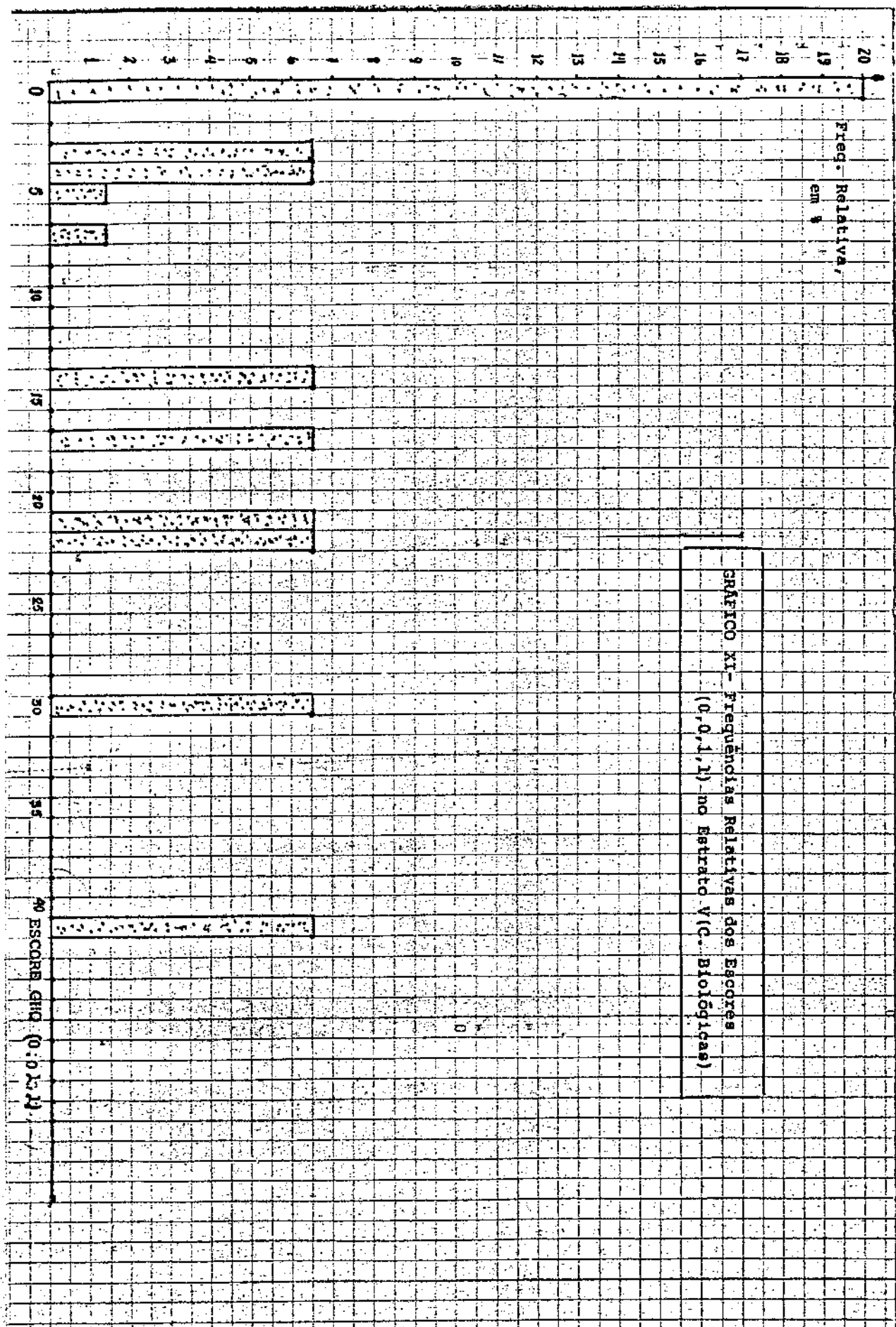


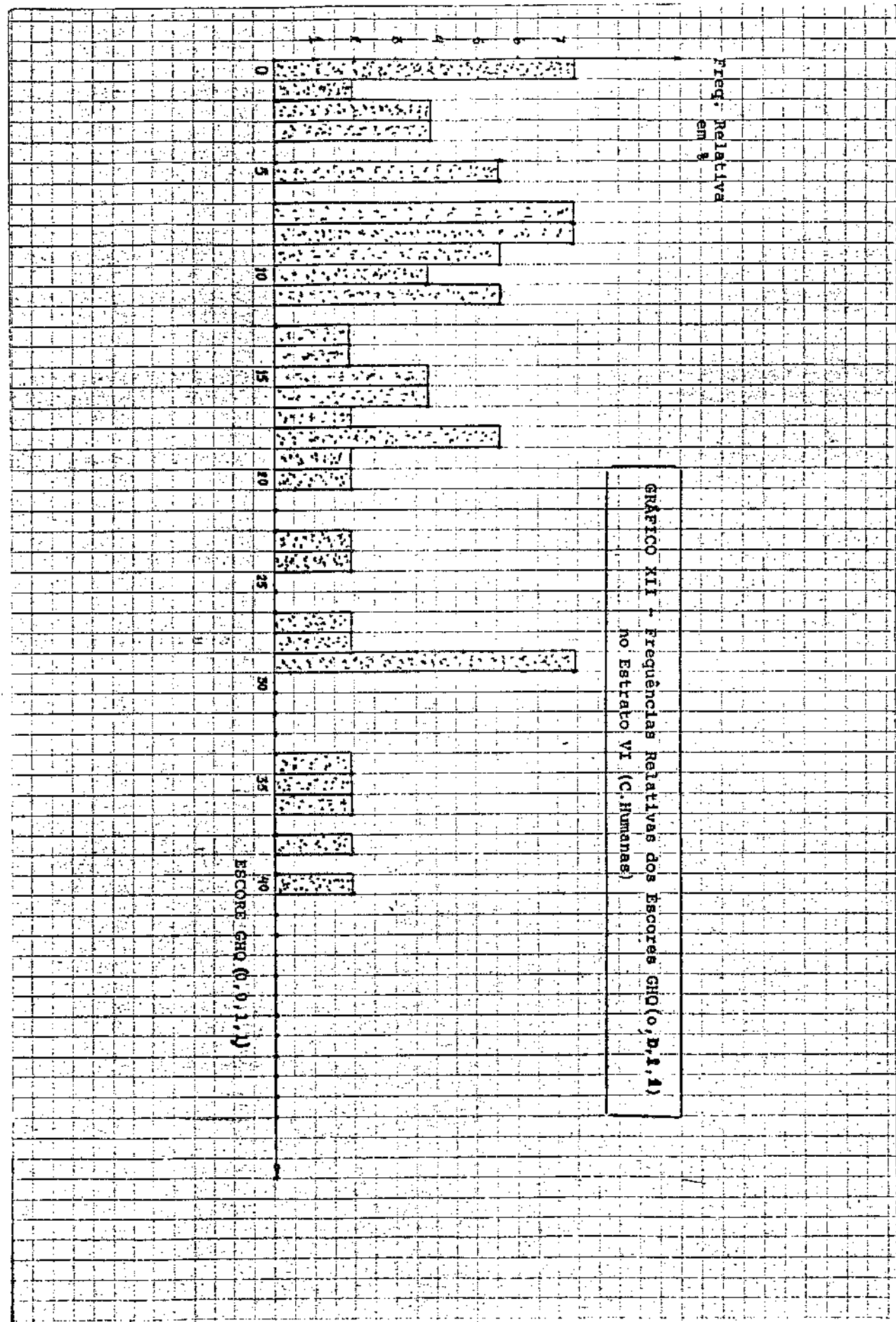












4.3.2. Proporções de respondentes com Escores acima ou abaixo de um determinado "cutting-score", nos diferentes estratos

Vimos que para o "cutting-score" 18/19, os valores de Sensibilidade e Especificidade eram 80% e 96% respectivamente, valores esses relativamente altos, se compararmos com outros "testes", - mesmo os usados em Clínica Médica. Assumindo esse "cutting-score" nós calculamos o número de respondentes com Escores GHQ (0,0,1,1) maiores do que 18, com as respectivas porcentagens, por estrato:

Tabela 6: Número e porcentagens de respondentes com Escore GHQ > 18, por estrato.
(0,0,1,1)

Estrato	nº de respond. no estrato	nº de respond. c/ Esc. > 18	nº de respond. c/ Esc. ≤ 18	% de respo. c/ Esc. > 18
I (tecnolog)	1 1 1	3 1	8 0	27,92
II (Exatas)	8 4	2 7	5 7	32,14
III (Estat)	2 1	4	1 7	19,04
IV (Medic.)	5 7	1 3	4 4	22,80
V (C. Biol.)	1 5	4	1 1	26,66
VI (C. Hum.)	5 4	1 6	3 8	29,62
T O T A I S	3 4 2	9 5	2 4 7	---

Obs: As porcentagens se referem ao total de respondentes - no estrato considerado.

Vemos que as proporções são diferentes para cada estrato considerado estando o II (Exatas) c/a maior porcentagem de respondentes com Escores > 18 e o Estrato III (Estatística) com a menor. Aplicamos o teste de Qui-quadrado aos valores encontrados na tabela, e concluímos que as diferenças encontradas não são estatisticamente significativas para um $\alpha = 0,05$ (nível de confiança de 95%). Mesmo que $\alpha = 0,30$, as diferenças continuam não sendo estatisticamente significantes.

As diferenças encontradas talvez possam todavia indicar uma "tendência" da população a se comportar dessa forma, e é possível que com uma amostra maior isto viesse a ser confirmado estatisticamente.

THE GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE

145

HAVE YOU RECENTLY:

29. — <i>been late getting to work, or getting started on your housework?</i>	Not at all	No later than usual	Rather later than usual	Much later than usual
30. — <i>been satisfied with the way you've carried out your task?</i>	More satisfied	About same as usual	Less satisfied than usual	Much less satisfied
31. — <i>been able to feel warmth and affection for those near to you?</i>	Better than usual	About same as usual	Less well than usual	Much less well
32. — <i>been finding it easy to get on with other people?</i>	Better than usual	About same as usual	Less well than usual	Much less well
33. — <i>spent much time chatting with people?</i>	More time than usual	About same as usual	Less than usual	Much less than usual
34. — <i>kept feeling afraid to say anything to people in case you made a fool of yourself?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
35. — <i>felt that you are playing a useful part in things?</i>	More so than usual	Same as usual	Less useful than usual	Much less useful
36. — <i>felt capable of making decisions about things?</i>	More so than usual	Same as usual	Less so than usual	Much less capable
37. — <i>felt you're just not able to make a start on anything?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
38. — <i>felt yourself dreading everything that you have to do?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
39. — <i>felt constantly under strain?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
40. — <i>felt you couldn't overcome your difficulties?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
41. — <i>been finding life a struggle all the time?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
42. — <i>been able to enjoy your normal day-to-day activities?</i>	More so than usual	Same as usual	Less so than usual	Much less than usual
43. — <i>been taking things hard?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
44. — <i>been getting edgy and bad-tempered?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual

4.3.3. Proporções de homens e mulheres com Escore maior que 18

Ao examinarmos o gráfico VI vimos que aparentemente há uma tendência das pessoas do sexo masculino a apresentarem escores baixos, ocorrendo o contrário com as do sexo feminino. Vejamos agora os números de homens e de mulheres com escores maiores que 18:

Tabela 7: Números de homens e de mulheres com Escore GHQ (- 0,0,1,1) > 18 .

S e x o	E s c o r e > 18	E s c o r e ≤ 18	T O T A I S
Masc..	5 7	1 6 9	2 2 6
Fem..	3 8	7 8	1 1 6
TOTAIS	9 5	2 4 7	3 4 2

Vemos que há 38 mulheres, num total de 116, com escores ≤ 18 , e 57 homens, num total de 226, com escores > 18 . As porcentagens/serão de 32,75% e 25,22%, respectivamente. Há portanto maior proporção de mulheres com Escore > 18 .

Aplicando-se o teste de Qui-quadrado aos valores da Tabela anterior, concluímos que essa diferença não é estatisticamente significativa quando $\alpha = 0,05$.

Porém se $\alpha = 0,20$, isto é, a um nível de confiança de 80%, a diferença é estatisticamente significativa.

4.3.4. Distribuição das variáveis independentes pela amostra inicial

Apresentaremos agora uma listagem das características bio-sociais que foram determinadas na amostra inicial através do QDPS. (variáveis independentes), incluindo o coeficiente de rendimento acadêmico.

Esta Tabela é muito importante para a interpretação dos resultados da análise de correlações que passaremos a ver no item seguinte.

TABELA 7R: Distribuição das frequências absolutas e relativas
(em porcentagem) das Variáveis Independentes pela amostra ini-
cial.

1. ANO DE INGRESSO NA UNICAMP

	<u>1975</u>	<u>74</u>	<u>73</u>	<u>72</u>	<u>71</u>	<u>Antes de 71</u>
Fr.Abs.	94	67	72	47	33	29
Fr.Rel.	27,48	19,59	21,05	13,74	9,64	8,48

2. "ANO" QUE ESTÁ CURSANDO

	<u>1ºano</u>	<u>2ºano</u>	<u>3ºano</u>	<u>4ºano</u>	<u>5ºano</u>	<u>6ºano</u>
Fr.Abs.	101	76	80	52	21	12
Fr.Rel.	29,53	22,22	23,39	15,20	6,14	3,50

3. SEXO

	<u>Masc.</u>	<u>Fem.</u>
Fr.Abs.	226	116
Fr.Rel.	66,08	33,91

4. IDADE

	<u>18/19</u>	<u>20/21</u>	<u>22/23</u>	<u>24/25</u>	<u>26/27</u>	<u>28 ou mais</u>
Fr.Abs.	73	109	85	52	15	8
Fr.Rel.	21,34	31,87	24,85	15,20	4,38	2,33

5. ORIGEM ÉTNICA

	<u>Brasil.Homog. e</u> <u>Brasil.Heterog.</u>	<u>Outros</u> <u>Homog.</u>	<u>Outros</u> <u>Heterog.</u>	<u>Asiáticos Homog.e</u> <u>Asiáticos Heterog.</u>
Fr.Abs.	157	114	15	55
Fr.Rel.	45,90	33,33	4,38	16,08

Não respondeu: 1

Obs. A classificação original quanto à etnia não foi o que aparece acima. Esta resultou do fato de não termos achado correlação significativa entre a origem étnica e o Escore G.H.Q., quando usamos a primeira classificação, que é mais discriminativa e compreende seis categorias, ao invés de quatro. Para melhor compreensão, consultar o texto, quando se fala sobre a construção das questões do Q.D.P.S. (pág. 30).

6. ESTADO CIVIL

	<u>Solt.</u>	<u>Desquit.</u>	<u>Viúvo</u>	<u>Casado</u>
Fr.Abs.	326	6	0	10
Fr.Rel.	95,32	1,75	0	2,92

7. SITUAÇÃO ECONÔMICA PESSOAL

	<u>Mtº difícil</u> <u>ou difícil</u>	<u>Regular</u>	<u>Boa</u>	<u>Mtº boa</u>	<u>Não respondeu</u>
Fr.Abs.	61	179	93	7	2
Fr.Rel.	17,83	52,33	27,19	2,04	0,58

8. RENDA FAMILIAR BRUTA MENSAL

	Até 2000	De 2001 a 4000	De 4001 a 7000	De 7001 a 11000	De 11001 a 15000
Fr.Abs.	30	85	87	34	21
Fr.Rel.	8,77	24,85	25,44	9,94	6,14
	Maior que 15000		Não respondeu		
Fr.Abs.	17		68		
Fr.Rel.	4,97		19,88		

9. PROFISSÃO DO PAI

Profissão	<u>I</u>	<u>II</u>	<u>III</u>	<u>IV</u>	<u>V</u>	<u>VI</u>	<u>VII</u>	<u>VIII</u>
Fr.Abs.	47	38	120	46	56	3	0	32
Fr.Rel.	13,74	11,11	35,08	13,45	16,37	0,87	0	9,35

CÓDIGO: I = Profissões liberais e altos cargos administrativos.

II = Cargos de gerência e direção.

III = Altas posições de supervisão, inspeção e outras ocupações não manuais.

IV = Posições mais baixas de supervisão, inspeção e outras ocupações não manuais.

V = Ocupações manuais especializadas e cargos de rotina não manuais.

VI = Ocupações manuais semi-especializadas e não especializadas.

VII = Prendas domésticas.

VIII = Resposta prejudicada.

10. PROFISSÃO DA MÃE

Profiss.	<u>I</u>	<u>II</u>	<u>III</u>	<u>IV</u>	<u>V</u>	<u>VI</u>	<u>VII</u>	<u>VIII</u>
Fr.Abs.	3	8	61	0	16	1	234	19
Fr.Rel.	0,87	2,34	17,83	0	4,67	0,29	68,42	5,55

CÓDIGO: o mesmo anterior

11. EDUCAÇÃO DO PAI (GRAU DE INSTRUÇÃO).

	Analfb. primário completo ou incompl.	Ginásio compl.ou incompl.	Colegial compl.ou incompl.	Univers. incompl.
Fr.Abs.	1	149	67	54
Fr.Rel.	0,29	43,56	19,59	15,78
	Univers. compl.		Não respondeu	
Fr.Abs.	59		1	
Fr.Rel.	17,25		0,29	

Obs.:- Em 9, item VIII, trinta respondentes colocaram no lugar da profissão do pai que este era falecido ou aposentado, e um não respondeu simplesmente.

Em 10, item VIII, dezoito respondentes colocaram que a mãe era viúva ou aposentada, e um não respondeu simplesmente.

12. EDUCAÇÃO DA MÃE

	Analfb.	primário compl.ou incompl.	Ginásio compl.ou incompl.	Colegial compl.ou incompl.	Univers. incompl.
Freq.Abs.	3	167	74	61	9
Freq.Rel.	0,87	48,83	21,63	17,83	2,63

	Univers. compl.	Não respondeu
Freq.Abs.	26	2
Freq.Rel.	7,60	0,58

13. SITUAÇÃO CONJUGAL DOS PAIS

	Casados	Separados ou desquit.	Outra (todos os que aparecem aqui têm um dos pais viúva.)
Freq.Abs.	292	20	30
Freq.Rel.	85,38	5,84	8,77

14. RELACIONAMENTO ENTRE OS PAIS

	Não resp.	Bem	Mais ou menos	Mal ou mtº mal	Separados ou desquit.
Fr.Abs.	22	241	49	10	20
Fr.Rel.	6,43	70,46	14,32	2,92	5,84

Obs. Dos que têm pai ou mãe viúva, oito responderam que os pais davam-se bem, e os vinte e dois restantes nada responderam, muito embora tivessem sido orientados para fazê-lo.

15. LUGAR NA ORDEM DOS NASCIMENTOS:

	Filho único	Primogênito	Do meio	Caçula
Fr.Abs.	15	114	122	91
Fr.Rel.	4,38	42,10	35,67	26,60

16. NÚMERO DE IRMÃOS

	Nenhum	Um	Dois	Três ou mais	Não respondeu
Fr.Abs.	15	72	92	162	1
Fr.Rel.	4,38	21,05	26,90	47,36	0,29

17. TIPO DE MORADIA

	S/própria casa	Casa dos pais	Casa de parentes	Casa de família§	República
Fr.Abs.	21	107	8	17	139
Fr.Rel.	6,14	31,28	2,33	4,97	40,64
	Pensão	Pensionato	Outro	Não respondeu	
Fr.Abs.	27	14	8	1	
Fr.Rel.	7,89	4,09	2,33	0,29	

§- aluga quarto em casa de família

18. LOCAL DE MORADIA DOS PAIS, QTº AO TIPO

	Z.rural	Cidade mtº pequena(1)	Cidade pequª(2)	Cid.(3) média	Cid.(4) grdª	Cid.mtº grande (5)
Fr.Abs.	21	9	29	56	141	86
Fr.Rel.	6,14	2,63	8,47	16,37	41,22	25,14

(1)-até 10 000 hab.

(3) 30 000 a 100 000 hab

(2)- 10 000 a 30 000 hab.

(4) 100 000 a 500 000 hab

(5) mais de 500 000 hab

19. LOCAL DE MORADIA DOS PAIS QTO À DISTÂNCIA

	Campinas	Arredores	50 a 100Km	100 a 200Km
Fr.Abs.	91	15	101	74
Fr.Rel.	26,60	4,38	29,53	21,63
	200 a 500 Km	Mais de 500 Km	Não respondeu	
Fr.Abs.	36	24	1	
Fr.Rel.	10,52	7,01	0,29	

20. FREQUÊNCIA DE VISITAS À FAMÍLIA

	Mora c/ os pais	Diárias	Semanais ou quinzenais	Mensais	Cada dois ou três meses
Fr.Abs.	84	27	167	30	12
Fr.Rel.	24,56	7,89	48,83	8,77	9,50
	Só nas férias		Não respondeu		
Fr.Abs.	16		6		
Fr.Rel.	4,67		1,75		

21. REALIZAÇÃO DE TRABALHO EXTRA ACADÊMICO

	Trabalha	Não Trabalha
Fr.Abs.	89	253
Fr.Rel.	26,02	73,97

22. LIGAÇÃO DO TRABALHO COM O CURSO

	Tem estreita ligação	Tem alguma ligação	Não tem ligação	Não trabalha
Fr.Abs.	44	19	26	253
Fr.Rel.	12,86	5,55	7,60	73,97

23. INTERFERÊNCIA DO TRABALHO NO ESTUDO

	Não trabalha	Prejudica bastante	Prejudica um pouco	Não interfere	Favorece
Fr.Abs.	253	13	26	26	24
Fr.Rel.	73,97	3,80	7,60	7,60	7,02

24. SATISFAÇÃO COM A REMUNERAÇÃO

	Está satisfeito	Não está satisfeito	Não trabalha
Fr.Abs.	33	56	252
Fr.Rel.	9,64	16,37	73,68

25. SE ESTÁ FAZENDO O CURSO QUE DESEJAVA, ANTES DE INGRESSAR NA FACULDADE

	Sim	Não
Freq.Abs.	255	87
Freq.Rel.	74,56	25,44

26. RAZÕES PELAS QUAIS FAZ UM CURSO NÃO DESEJADO

	0	I	II	III	IV	V	VI	VII
Fr.Abs.	255	7	3	3	2	7	44	21
Fr.Rel.	74,56	2,04	0,87	0,87	0,58	2,04	12,86	6,14

Código: -0= Está fazendo o curso desejado

I= Necessidade de fazer um curso com melhores perspectivas de remuneração ou de mercado de trabalho

II= Conselho de amigos ou parentes

III= Concordar com a escolha dos pais ou substitutos

IV= Necessidade de fazer um curso mais rápido

V = Problemas econômicos na ocasião de ingresso na Universidade

VI = Não conseguiu vaga para o curso colocado como opção superior.

VII = Outras

27. RESPOSTA DA UNIVERSIDADE ÀS EXPECTATIVAS DO ALUNO
(SE ACHA QUE A UNIVERSIDADE ESTÁ OU NÃO CORRESPONDENDO ÀS SUAS EXPECTATIVAS)

	Sim	Não	Não faz o curso pelo qual optou
Fr.Abs.	125	131	87
Fr.Rel.	36,55	38,30	25,43

28. EXPECTATIVAS DE REALIZAÇÃO PROFISSIONAL

	Mtº ruins ou ruins	Boas	Mtº boas	Não respondeu
Fr.Abs.	52	229	59	2
Fr.Rel.	15,20	66,96	17,25	0,58

29. EXPECTATIVAS DE BOA REMUNERAÇÃO

	Mtº ruins ou ruins	Boas	Mtº boas
Fr.Abs.	67	242	33
Fr.Rel.	19,59	70,76	9,65

30. EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO AO MERCADO DE TRABALHO

	Mtº ruins ou ruins	Boas	Mtº boas
Fr.Abs.	95	222	25
Fr.Rel.	27,77	64,91	7,31

31. TIPO DE RELIGIÃO

	Espírita	Israel.	Catol.	Protest.	Outras	Não tem	Não res
Fr.Abs.	17	6	256	17	7	36	3
Fr.Rel.	4,97	1,75	74,85	4,97	2,04	10,52	0,87

32. PRÁTICA RELIGIOSA

	Praticante	Não pratic.	Israel. e outras	Não tem	Não resp.
Fr.Abs.	92	199	13	36	2
Fr.Rel.	26,90	58,18	3,80	10,52	0,58

33. SE FEZ CURSINHOS E POR QUANTO TEMPO

	Não fez, ou fez menos de 6 meses	De 6 m. a 1 ano	Dois anos	três anos ou mais	Não resp.
Fr.Abs.	66	210	57	7	2
Fr.Rel.	19,29	61,40	16,66	2,04	0,58

34. RENDIMENTO ACADÊMICO (É AVALIADO NA UNICAMP ATRAVÉS DO COEFICIENTE DE RENDIMENTO "CR", DESCRITO EM OUTRO LOCAL DESTA TRABALHO

	Menos q. 0,1	0,1	0,2	0,2	0,3	0,3	0,4	0,4	0,5	
Fr.Abs.	0	1	4	14	32					
Fr.Rel.	0	0,29	1,16	4,09	9,35					
	0,5	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8	0,8	0,9	Maior que 0,9	
Fr.Abs.	88	131	64	8	0					
Fr.Rel.	25,73	38,30	18,71	2,34	0					

4.4.5. Análise das correlações entre a variável dependente e as variáveis independentes

Para se estudar as relações entre os Escores do GHQ (variável dependente) e as características que apareceram na Tabela 7A/ (Variáveis independentes) foi feita uma análise estatístico-computacional. As tarefas que se propuseram nessa análise foram:

1º) Determinar as correlações entre cada uma das variáveis independentes e o Escore do GHQ.

2º) Estudar as relações entre determinados grupos de variáveis independentes, que em conjunto passam a constituir fatores considerados importantes, e o Escore do GHQ.

3º) Fazer uma seleção e ordenação, em grupos, das variáveis independentes, de acordo com sua influência crescente sobre o Escore do GHQ.

Toda a complexidade dos questionários e os diferentes tipos de variáveis utilizados exigiu da Equipe de Estatísticos encarregada dessa parte do trabalho o uso simultâneo de vários critérios de correlação, e um grande esforço de programação suplementar do computador, dada a inadequação dos programas standard existentes.

1º) Correlações entre as variáveis independentes e o Escore do GHQ

Descrição sumária do método

A matriz de correlações foi obtida levando-se em conta os diferentes tipos de variáveis consideradas. Assim, trabalhou-se com correlações de Pearson, de Spearman, Bisserials e tetracóricas. Obteve-se assim uma matriz de 35 x 35, e a partir dessa matriz de correlações foram extraídas as correlações entre Escore do GHQ (variável dependente) e cada uma das variáveis independentes. As questões do QUES relativas a essas variáveis tiveram seus itens ordenados supondo-se uma provável influência sobre os Escores do GHQ. Em alguns casos elas foram re-ordenadas, após a análise do primeiro resultado das correlações obtidas.

O sistema usado para se medir os Escores do GHQ foi o "0,1,2,3," por permitir uma maior dispersão dos escores.

As correlações obtidas tiveram sua significância testada a um nível de confiança de 95%, através da fórmula:

$$t = r \sqrt{\frac{n-2}{1-r^2}}$$

onde r = coeficiente de correlação calculado.

n = nº de indivíduos que responderam às perguntas consideradas.

O valor t tem uma distribuição t de Student. com $n-2$ / graus de liberdade, quando as variáveis consideradas são independentes entre si.

Se o resultado do teste aparece como estatisticamente significativo, as variáveis consideradas não são independentes, ou seja têm influência uma sobre a outra.

Sendo o tamanho da amostra sempre superior a 200, a distribuição de Student pode ser considerada como uma distribuição $N(0,1)$ e os valores fronteiros para determinar a dependência neste caso são $-1,96$ e $+1,96$, com nível de confiança de 95%.

Embora a área profissional tenha sido considerada variável/independente, a sua relação com o Escore GHQ foi estudada segundo outro enfoque, conforme vimos atrás, uma vez que se optou por uma amostra estratificada segundo essas áreas.

As demais variáveis independentes seguem abaixo, numeradas/ de 1 a 34, com os respectivos coeficientes de correlação, valores de t e graus de liberdade. Aquelas variáveis cujas correlações com o Escore do GHQ se mostraram estatisticamente significantes, aparecerão com asterisco.

TABELA 8 - CORRELAÇÕES ENTRE AS VARIÁVEIS INDEPENDENTES E O ESCORE DO GHQ

<u>VARIÁVEIS INDEPENDENTES</u>	<u>COEF. DE CORREL.</u>	<u>t DE STUDENT</u>	<u>G. DE LIBERD.</u>
1. Ano de ingresso na UNICAMP	-0,0735	-1,3600	340
2. Ano que está cursando	-0,0943	-1,7483	340
(+) 3. Sexo	0,1618	3,0244	340
4. Idade	-0,0468	-0,8649	340
5. Origem Étnica	0,0066	0,1266	339
6. Estado Civil	0,0018	0,0338	340
7. Situação Econômica Pessoal	-0,0887	-1,6372	338
8. Renda Familiar Bruta Mensal	-0,0094	-0,0094	340
9. Profissão do Pai	-0,0385	-0,0385	339

10. Profissão da Mãe	-0,0864	-1,5978	338
11. Educação do Pai	-0,0645	-1,1915	340
12. Educação da Mãe	-0,0013	-0,0246	331
13. Situação Conjugal dos Pais	-0,0131	-0,2428	340
(*) 14. Relacionamento entre os Pais	0,2300	4,3014	339
15. Lugar na ordem dos nascimentos	-0,0626	-1,1570	339
(*) 16. Número de irmãos	0,1171	2,1720	340
17. Tipo de moradia (pensão, república, etc.)	0,0483	0,8906	339
18. Local de moradia dos Pais, quanto ao tipo (rural, etc.)	-0,0656	-1,2131	334
19. Local de moradia dos Pais, quanto à distância de Campinas.	0,0898	1,6604	340
20. Frequência de visitas à Família	0,0759	1,3921	340
(*) 21. Realização de trabalho extra-acadêmico	0,1078	2,0000	340
(*) 22. Ligação do trabalho extraacadêmico com o curso	0,1504	2,8057	340
(*) 23. Interferência do trabalho no estudo	-0,1261	-2,3453	340
(*) 24. Satisfação com a remuneração	0,1094	2,0301	247

(*) 25. Se está fazendo o curso que desejava	0,1602	3,0007	324
(*) 26. Razões pelas quais faz um curso não desejado.	0,1468	2,3325	338
(*) 27. Resposta da Universidade às expectativas do aluno	0,2404	4,4582	340
(*) 28. Expectativas de realização profissional	-0,2813	-5,3907	340
(*) 29. Expectativas de boa remuneração	-0,1709	-3,1982	338
(*) 30. Expectativas em relação ao mercado de trabalho	-0,2650	-5,0681	338
31. Tipo de religião	0,0589	1,0855	338
32. Prática Religiosa	0,0380	0,7007	339
33. Se fez "cursinho", e por quanto tempo	0,0038	0,0705	339
34. Rendimento acadêmico (C.R.)	-0,0911	-1,6883	340

Para melhor compreensão dos resultados obtidos acima deveremos levar em conta também a distribuição das variáveis independentes na amostra estudada, isto é, suas frequências absolutas e relativas, que aparecem no texto, nas págs. 109 a 113.

Nem todos os resultados das conclusões que aparecem acima foram obtidos a partir da ordenação inicial dos itens, pois alguns destes foram re-ordenados por razões ligadas à análise estatística. Isto está melhor explicado no texto, em páginas prece-

dentos (vide págs. 30 a 73).

Vamos colocar abaixo as variáveis independentes cuja correlação com o escore do G.H.Q. foi significativa a um nível de confiança mínimo de 95%, em ordem decrescente quanto à intensidade da correlação. Os sinais (+) e (-) indicarão quando a correlação foi positiva ou negativa; colocaremos abaixo da variável a ordenação final das alternativas de cada questão, que foi usada.

1ª. Expectativas de realização profissional (-)

Alternativas: 1ª) Muito ruins ou ruins; 2ª) boas; 3ª) muito boas.

Vê-se que a correlação é negativa, ou seja, quanto pior a expectativa, maior tende a ser o escore, e provavelmente o mal estar emocional. Mesmo raciocínio poderá ser feito para as demais variáveis que vêm a seguir.

2ª. Expectativa em relação ao mercado de trabalho (-).

Alternativas: 1ª) Muito ruim ou ruim; 2ª) boa; 3ª) muito boa.

3ª. Resposta da Universidade às expectativas do aluno, quando faz o curso desejado (+).

Alternativas: 1ª) Sim; 2ª) não; 3ª) Não faz o curso pelo qual optou.

4ª. Percepção do relacionamento entre os pais (+).

Alternativas: 1ª) Bem; 2ª) mais ou menos; 3ª) mal ou muito mal; 4ª) separados ou desquitados.

5ª. Expectativas de boa remuneração (-).

Alternativas: 1ª) Muito ruim ou ruim; 2ª) boa; 3ª) muito boa.

6ª. Sexo (+).

Alternativas: 1ª) Masculino. 2ª) Feminino.

7ª. Se está fazendo o curso que desejava (+).

Alternativas: 1ª) Sim. 2ª) Não.

8ª. Ligação do trabalho extra - acadêmico com o curso (+).

Alternativas: 1ª) Tem estreita ligação; 2ª) tem alguma ligação; 3ª) não tem relação; 4ª) quando não trabalha.

9ª. Interferência do trabalho no estudo (-).

Alternativas: 1ª) Quando não trabalha; 2ª) prejudica bastante; 3ª) prejudica um pouco; 4ª) não interfere; 5ª) favorece.

10ª. Razões pelas quais faz um curso não desejado (+).

Alternativas: 1ª) Está fazendo o curso pelo qual optou; 2ª) Necessidade de fazer um curso com melhores perspectivas de remuneração ou de mercado de trabalho; 3ª) conselho de amigos ou parentes; 4ª) concordar com a escolha de pais ou substitutos; 5ª) necessidade de fazer um curso mais rápido; 6ª) problemas econômicos na ocasião de ingresso na UNICAMP; 7ª) não conseguiu vaga para o curso pelo qual optou.

11ª. Satisfação com a remuneração (+).

Alternativas: 1ª) Sim. 2ª) Não.

12ª. Número de irmãos (+).

Alternativas: 1ª) Um; 2ª) dois; 3ª) três ou mais.

13ª. Realização de trabalho extra-acadêmico (+).

Alternativas: 1ª) Sim. 2ª) Não.

Aceitando-se um nível de confiança de 90%, as seguintes variáveis aparecem também como correlacionadas:

14ª. "Ano" que está cursando (-).

Alternativas: 1ª) 1ª "ano"; 2ª) 2ª "ano"; etc.... 6ª) 6ª "ano".

15ª. Rendimento acadêmico (-).

Alternativas: 1ª) Menor que 0,1; 2ª) De 0,1 a 0,2; etc.... 10ª) Maior q.0,

16ª. Local de moradia dos pais (quanto à distância) (+).

Alternativas: 1ª) Campinas; 2ª) arredores; 3ª) De 50 a 100 km;
4ª) De 100 a 200 km; 5ª) De 200 a 500 km;
6ª) Mais distante que 500 km.

2. Grupamentos de variáveis

Como já foi dito, a finalidade desta parte do trabalho foi estudar a dependência entre determinados grupos de questões, considerados relevantes pelo experimentador, e o Escore GHQ. Cada grupo poderia ser considerado como um novo fator único: de fato, a correlação múltipla empregada para estudar essa dependência o que faz é calcular a correlação entre o Escore GHQ e uma função linear das variáveis do grupo considerado. Essa função é considerada para fazer máxima essa correlação.

A correlação múltipla é a correlação máxima entre o Escore GHQ e todas as combinações lineares possíveis das variáveis do grupo considerado. Nas combinações lineares, o que de fato consideramos são as variáveis do grupo, afetadas de determinados pesos.

A significação das correlações foi estimada através da fórmula:

$$F = \frac{r^2}{(1 - r^2)} \left[\frac{N}{p} \right]$$

Onde: r = coeficiente de correlação múltipla calculado

N = número de indivíduos considerados

p = número de variáveis do grupo considerado

Quando o Escore é independente do grupo considerado, o valor de F responde a uma distribuição de Fisher - Snedecor com p e N e graus de liberdade. Se o valor de F aparece estatisticamente significativo, quer dizer que o Escore está sendo influenciado pelo grupo de variáveis consideradas, tanto mais quanto maior seja o valor de F . Seguem abaixo o grupo de variáveis, com os respectivos coeficientes de correlação, valores de F , graus de liberdade, e valores fronteiros da distribuição F para se averiguar a dependência do Escore GHQ a cada grupo. Aqueles em que as correlações aparecem significativas aparecerão com asterisco, pa-

ra maior clareza.

Grupo I: Status sócio-econômico:

- Renda familiar
- Educação do pai
- Profissão do pai

Coeficiente de correlação: 0,09872 $F = 1,1221$ Gr. lib.: 3/342

Lim F: 42,63

Grupo II: Cronologia escolar:

- Ano de ingresso na UNICAMP
- "Ano" que está cursando

Coef. correl.: 0,09819 $F = 1,6648$ Gr. lib.: 2/342

Lim F: +3,03

Grupo III: Situação econômica:

- Renda familiar
- Situação econômica pessoal

Coef. correl.: 0,08967 $F = 1,3863$ Gr. lib.: 2/342

V. Lim. F: +3,03

(*) Grupo IV: Irmãos:

- Lugar na ordem dos nascimentos
- Número de irmãos

Coef. correl.: 0,15188 $F = 4,0377$ Gr. lib.: 2/342

V. Lim. F: +3,03

(*) Grupo V: Expectativas profissionais:

- Expectativas de realização profissional
- Expectativas de boa remuneração
- Expectativas em relação ao mercado de trabalho

Coef. correl.: 0,32309 $F = 13,287$ Gr. lib.: 3/342

V. Lim. F: +2,63

Grupo VI: Interação com a família

- Local de moradia dos pais, quanto à distância
- Frequência de visitas à família

Coef. corr.: 0,09053 $F = 1,4132$ Gr. lib.: 2/342

V. Lim. F: +3,03

Grupo VII: Residência e interação com a família

- Tipo de moradia em Campinas
- Local de moradia dos pais quanto ao tipo (rural, etc)
- Local de moradia dos pais quanto a distância
- Frequência de visitas à família

Coef. correl.: 0,10016 $F = 0,8663$ Gr. lib.: 4/343

V. Lim. $F_{+2,40}$

(*) Grupo VIII: Trabalho extra-acadêmico

- Realização de trabalho extra-acadêmico
- Ligação do trabalho com o curso
- Interferência do trabalho no estudo
- Satisfação com a remuneração

Coef. correl.: 0,16726 $F = 2,4607$ Gr. lib.: 4/343

V. Lim. $F_{+2,40}$

3. Seleção e ordenação das variáveis independentes

No item 1 vimos as correlações entre os Escores GHQ e as variáveis independentes. Mas as variáveis independentes também estão correlacionadas entre si, como se pode verificar na matriz de correlações (cuja reprodução nós julgamos desnecessária aqui); esta seleção de variáveis o que faz é ir considerando grupos de variáveis independentes, cada vez com mais elementos (variáveis). A introdução de uma nova variável, para formar um grupo maior é feita pegando-se uma nova variável, tal que a parte dessa variável que é independente das variáveis do grupo já acima constituído, tenha correlação máxima com o Escore GHQ. O processo começa escolhendo-se a variável independente que apresenta máxima correlação com o Escore, que como se pode ver da lista apresentada, corresponde à questão EXPECTATIVAS DE REALIZAÇÃO PROFISSIONAL.

O método usado é conhecido como "Step-wise", e não será aqui descrito devido à sua relativa complexidade.

Seguem abaixo a listagem das variáveis independentes segundo essa ordenação, com os respectivos coeficientes das correlações múltiplas dos subconjuntos que vão aparecendo (por exemplo o

coeficiente da correlação múltipla entre o subconjunto constituído pelas variáveis 1 e 2 - Expectativa de realização profissional e Percepção do relacionamento entre os pais - e o Escore GHQ, cuja notação gráfica pode ser $r_{s(1, 2)}$ é igual a 0,34109, conforme pode-se ver abaixo).

<u>Variáveis Independentes</u>	<u>Coef. de correlação múltipla</u>
1. Expectativas de realização profissional	0,28134
2. Percepção do relacionamento entre os pais	0,34109
3. Resposta da Universidade às expectativas do aluno	0,38003
4. Sexo	0,41219
5. Local de moradia dos pais quanto à distância	0,43583
6. Expectativas em relação ao mercado de trabalho	0,45315
7. Ligação do trabalho com o curso	0,46468
8. Número de irmãos	0,47112
9. Lugar na ordem dos nascimentos	0,47680
10. Expectativas de boa remuneração	0,48224
11. Educação do pai	0,48563
12. Renda familiar	0,48988
13. Satisfação com o que ganha	0,49368
14. Estado civil	0,49680
15. "Ano" que está cursando	0,50020
16. Profissão da mãe	0,50276
17. Profissão do pai	0,50462
18. Situação econômica pessoal	0,50690
19. Educação da mãe	0,50868
20. Realização de trabalho extra-acadêmico	0,51022
21. Ano de ingresso na UNICAMP	0,51180
22. Tipo de religião	0,51334
23. Prática religiosa	0,51566

24. Situação conjugal dos pais	0,51729
25. Se está fazendo o curso que de sejava antes de ingressar na Universidade	0,51831
26. Origem Étnica	0,51886
27. Rendimento acadêmico	0,51933
28. Idade	0,51958
29. Interferência do trabalho no estudo	0,51973
30. Tipo de moradia em Campinas	0,51985
31. Frequência de visitas à famí - lia	0,51996
32. Razões pelas quais faz um cur- so não desejado	0,51991
33. Local de moradia dos pais quan- to ao tipo (rural, etc.)	0,51995
34. Se fez "Cursinho" e por quanto tempo	0,51997

Em continuação à análise desses resultados, encontramos que a partir da 4a. variável (sexo) os testes de correlações parciais não aparecem como significantes. Esta conclusão se obtém a partir da fórmula:

$$(I) \quad \sqrt{n - 2 - (P)} \times \frac{r_{s(i) \cdot (1, 2, 3)}}{\sqrt{1 - r_{s(i) \cdot (1, 2, 3)}^2}} = t_{n - 2 - P}$$

onde:

$r_{s(i) \cdot (1, 2, 3)}$ = correlação entre a variável i e o Escore GHQ, que seria independente da influência das variáveis 1, 2 e 3. No caso $i = 4$, isto é, a variável i é o Sexo (4a. variável na ordenação feita)

P = número de variáveis que estamos vendo a influência
(no caso $P = 3$)

n = tamanho da amostra (342)

Na fórmula acima o valor do denominador se obtém da seguinte relação:

$$(II) \quad 1 - r_{s(i) \cdot (1, 2, 3)}^2 = \frac{1 - r_{s(1, 2, 3, 4)}^2}{1 - r_{s(1, 2, 3)}^2}$$

onde: $r_{s(1, 2, 3)}$ = correlação múltipla do Escore GHQ com as variáveis 1, 2 e 3

e

$r_{s(1, 2, 3, 4)}$ = correlação múltipla do Escore GHQ com as variáveis 1, 2, 3 e 4

Quando, na fórmula I, $i = 4$, encontramos um valor de t que não é estatisticamente significativo quando comparado com a distribuição de t de Student. Tal não ocorre quando se considera as variáveis 1 e 2, e as variáveis 1, 2 e 3. Em outras palavras, a partir da variável 4 (Sexo) os testes de correlações parciais não aparecem como significantes, isto é, a influência das restantes-variáveis, a partir da 4a., "passa através" da influência que têm as três primeiras variáveis sobre o Escore GHQ. Poderíamos ainda dizer que a influência das demais variáveis, depende, a partir da 4a., da influência das três primeiras selecionadas.

5. Discussão dos resultados e conclusões

5.1 Estimativa da ocorrência de problemas emocionais, em um momento dado.

Lembremos antes de mais nada que o título acima corresponde ao objetivo 19, da página 4.

A estimativa por nós calculada para a prevalência momentânea foi de 31,27%.

É difícil comparar esse valor com outros obtidos em outras pesquisas, pois os métodos usados divergem muito entre si. Mesmo levando isto em conta, vamos lembrar aqui que na revisão feita por Segal, nos EE. UU., a prevalência de distúrbios sérios seria de 7 a 14%, aproximadamente, e a de distúrbios leves, de 10 a 20% - haveria então uma variação global de 7 a 34%, nas principais pesquisas feitas nos EE.UU., até 1966.

Lucas, Crown et al. (1974) estimaram na Inglaterra uma taxa mínima de 5% para distúrbios psicológicos que produzem sério desconforto e de 10 a 20% para problemas menos graves - a variação global seria então de 15 a 25%. No Brasil, Lucena, Sette e Souto Sette (1963) estimaram em 12% a proporção de universitários com sinais de "neuroticismo" em 1907 universitários da Universidade Federal de Pernambuco que se submeteram ao Cornell Index. Todavia devemos lembrar que a aplicação foi coletiva, e o Cornell Index apresenta inconvenientes técnicos já mencionados, entre eles o fato de ser um questionário tipo SIM/NÃO, e que mistura traços de personalidade com evidências de problemas clínicos.

É possível que no nosso caso a estimativa da prevalência - tenha sido "acidentalmente" elevada em função da época em que o GHQ foi aplicado, que antecedeu de 20 a 25 dias os exames finais do 19 semestre de 1975.

Em nosso contacto com os alunos temos observado que os exames de fim de semestre são bastante ansiógenos, principalmente nos primeiros anos. Essa tensão teria então contribuído para a "elevação" da prevalência momentânea. Na verdade tínhamos como intenção inicial aplicar o GHQ numa época mais "neutra", isto é, em meados do 19 semestre. Porém dificuldades materiais alheias à nossa vontade retardaram a aplicação.

Em próxima oportunidade pretendemos aplicar o GHQ em duas fases distintas do ano letivo, e talvez aí tenhamos possibilidade de confirmar essa nossa hipótese.

Um outro aspecto, também ligado à vida acadêmica, que teria contribuído para essa provável elevação da estimativa da prevalência seria o que os próprios alunos chamam de "cansaço de fim de semestre", que é a repercussão na esfera psíquica e emocional, das forças "estressantes" que vão se acumulando durante o transcorrer do semestre. Remetemos o leitor aos trabalhos citados na revisão da literatura, em que se realça o caráter ansiôgeno e mesmo patógeno das provas, exames e concursos.

5.2 Determinação dos dados pessoais e sociais e de suas relações com os escores obtidos no GHQ.

Examinemos agora os resultados ligados aos objetivos 2º e 3º da página 4.

Em relação à determinação dos dados pessoais e sociais, que se encontram na Tabela 7-A (pág.109) pouco temos a comentar, a não ser por em realce os seguintes pontos:

1º Quase a metade dos alunos de nossa amostra (47,07%) ingressaram na UNICAMP em 1974 e 1975, e um pouco mais da metade (51,75%) consideram-se de 1º e 2º "anos". O exame da matriz de correlações nos mostrou que essas duas variáveis, ano de ingresso e "ano" acadêmico que está cursando, estão altamente correlacionadas.

2º Há uma maior proporção de homens em relação às mulheres, aproximadamente 2:1, refletindo uma característica da população de onde se originou a amostra.

3º Dos alunos que estão fazendo o curso desejado, metade acha que a Universidade não está correspondendo às suas expectativas.

4º 25,44% dos alunos não estão fazendo o curso pelo qual optaram.

A determinação das relações entre os dados pessoais e sociais e os escores GHQ é um dos aspectos mais importantes deste trabalho, pois é a partir dessas relações que poderemos inferir as conclusões a respeito do 3º objetivo da página 4: "Verificação, através de análise estatística adequada, de que características ou grupos de características estão relacionados com evidências de problemas emocionais, em um momento dado".

Relacionamento entre área profissional e os escores GHQ

Conforme vimos à página 107, este aspecto recebeu um tratamento estatístico diferente daquele usado para se estudar o relacionamento das demais variáveis com o escore GHQ.

Viu-se que não há diferenças estatisticamente significantes entre as proporções de indivíduos com escores altos (maiores do que 18) pelas diversas áreas profissionais, mesmo que se aceite um nível muito baixo de significância. Esse resultado nos surpreendeu, pois tanto a nossa experiência clínica, como a revisão de literatura e a opinião de colegas de profissão nos levavam a supor diferenças quanto a evidências de problemas emocionais nas diversas áreas. Alguns cursos são mesmo apontados como particularmente ansiógenos, como é o caso de Medicina, e supúnhamos, que esse aspecto, se verdadeiro, seria evidenciado nos escores pelas diferentes áreas.

Relacionamento entre as demais características pessoais e sociais e o escore GHQ

Como vimos à página 114 esse relacionamento foi estudado em três tópicos. Vamos voltar a esses tópicos para efeito de discussão.

1 - Correlações entre cada uma das variáveis independentes (características pessoais e sociais) e a variável dependente (escore GHQ).

Examinemos os dados que aparecem às páginas 115 a 117-B. Devemos ter presente que o sinal positivo ou negativo que aparece nos coeficientes de correlação deve ser entendido em função da ordenação usada para as alternativas de cada questão, e que, quanto maior o escore no GHQ maior tende a ser o grau de mal-estar emocional do respondente. Esse exame nos leva às seguintes conclusões:

19) Quanto piores as expectativas de realização profissional (independentemente do aspecto de remuneração), de mercado de trabalho e de boa remuneração maior tende a ser o escore GHQ.

39) O sexo feminino tende a apresentar escores GHQ mais altos do que o masculino.

49) Os que não fazem o curso que desejavam fazer antes de entrar na Universidade tendem a apresentar escores GHQ mais altos dos que estão fazendo o curso que desejavam.

59) Quanto maior o número de irmãos maior tende a ser o escore.

69) Os que trabalham além de estudar tendem a ter escores mais baixos, o contrário se dando com os que não trabalham.

As demais questões cujas correlações com o escore foram também significantes devem ser interpretadas com cuidado, porque elas incluíram respondentes oriundos de outras questões, por razões técnicas de análise estatística. Isto pode ter influenciado o resultado da correlação. Assim por exemplo a questão em que ⁵⁶perguntava a "ligação do trabalho extraacadêmico com o curso" incluiu em uma de suas alternativas, a alternativa "quando não trabalha", e o fato de não trabalhar tende a elevar o escore, conforme vimos atrás. Levando isto em conta, vamos considerar apenas aquelas variáveis cuja correlação foi das mais intensas, e significantes para um nível mínimo de confiança de 99,90 %. Elas são: "resposta da Universidade às expectativas do aluno" ($\alpha = 0,001$) e "ligação do trabalho-extraacadêmico com o curso" ($\alpha = 0,01$). Pode-se concluir dessas correlações que aqueles que sentem que a Universidade não está corrrespondendo às suas expectativas, tendem a apresentar escores mais altos, e que quanto menor a ligação do trabalho extraacadêmico com o curso, maior tende a ser o escore no GHQ.

No exame de todas essas correlações simples chama-nos a atenção o fato das "expectativas"ligadas ao futuro profissional aparecerem altamente correlacionadas aos escores GHQ. Para expectativas-de realização profissional e quanto ao mercado de trabalho a correlação é significante mesmo quando $\alpha = 0,001$, e para as expectativas quanto ao mercado de trabalho, mesmo quando $\alpha = 0,01$.

Isto parece querer dizer que o mal estar emocional está estreitamente vinculado às más expectativas nessas áreas.É difícil aventar uma hipótese explicativa para essa vinculação. Talvez exista uma preocupação suficientemente pessimista em uma parte dos respondentes em relação ao seu futuro profissional para influir na formação de sintomas e elevação dos escores. Essa preocupação pessimista estaria sendo determinada basicamente pelos conflitos internos dos indivíduos, ou haveriam fatores do meio suficientemente intensos para reaportar-lhe influência significativa? Estaria a Universidade, e numa visão mais ampla também a sociedade, fornecendo ao jovem universitário as garantias mínimas de realização pessoal na profissão escolhida?

Pudemos constatar que dos respondentes que estão fazendo o curso pelo qual optaram antes de ingressar na Faculdade, mais de 50% acham que a Universidade não está correspondendo às suas expectativas. Isto estaria ligado ao fato do aluno não sentir a Universidade preparando-o devidamente para sua profissão? Ou estariam os alunos já percebendo as dificuldades impostas pela nossa estrutura sócio-econômica ao exercício pleno das potencialidades criativas de cada um em sua profissão?

Estaria por exemplo o futuro arquiteto ou engenheiro percebendo que essas profissões, em si mesmas de grandes potencialidades criativas, perdem freqüentemente esta qualidade a ponto de transformar seus profissionais em meros consultores de tabelas ou projetistas de edifícios planejados segundo as regras do maior lucro possível, subjogadoras dos princípios de estética, urbanismo, bom gosto e bem estar?

Quanto às más expectativas em relação ao mercado de trabalho, devemos levar em conta, embora não tenhamos dados muito objetivos em mãos, que aparentemente há uma certa "defasagem" entre o preparo de profissionais de nível universitário e o mercado de trabalho. Em outras palavras, parece haver em algumas áreas um excesso de profissionais, enquanto em outras ocorreria exatamente o contrário; porém a maior tendência parece ser a primeira, de um excesso de formados em relação às oportunidades. Estariam os universitários percebendo esses dados da realidade? Provavelmente sim, pois a rede de comunicações sociais é muito exuberante entre os jovens.

A orientação e o incentivo dados pelo próprio Ministério da Educação, de 1968 para cá, favorecendo a proliferação dos cursos universitários parece não ter levado em conta esse importante binômio: "tipo de curso universitário - mercado de trabalho", de constituintes idealmente inseparáveis. O Prof. Edson Machado (1976), diretor do Departamento de Assuntos Universitários, do MEC, acha que não existe problemas de mercados saturados, mas sim, má distribuição, geográfica e setorial dos profissionais, altamente relacionada com a distribuição de escolas superiores, e Rabello (1974) afirma que as universidades situadas em regiões "mais complexas", como é o caso da UNICAMP, estão mais desvinculadas do meio empresarial.

Apenas como dado ilustrativo queremos lembrar que no eixo Rio-São Paulo 95% dos economistas desempenham atividades desvinculadas da sua profissão. (*)

(*) Revista "Veja", 19 de setembro de 1976, Ed. Abril, S. Paulo.

Seja como for, essas dificuldades em relação ao mercado de trabalho devem estar sendo percebidas pelos universitários, e isto provavelmente lhes produz sentimentos de insegurança e de incerteza quanto ao futuro, que poderiam contribuir a um menor equilíbrio emocional. As más expectativas em relação a uma remuneração condigna - poderiam estar influenciando o bem estar emocional de maneira semelhante às duas variáveis anteriores.

O fato da percepção do grau de harmonia no relacionamento - entre os pais aparecer como uma das variáveis mais intensamente correlacionadas com o escore GHQ, e com correlação altamente significativa ($\alpha = 0,001$) não nos surpreendeu. O relacionamento harmonioso entre os pais é um dos aspectos mais enfatizados por psicólogos e educadores como basicamente importante na saúde mental dos filhos. É interessante lembrar que também Soares, entre nós, trabalhando - com população de universitários, encontrou resultados semelhantes, - e que Bastide considera a união e harmonia entre os cônjuges um dos elementos mais importantes daqueles que favorecem a menor incidência de neuroses nos filhos,

O sexo feminino na nossa amostra tende a apresentar escores mais altos que o masculino. A correlação obtida é significativa mesmo para 99,90% de confiança. Isto também não nos surpreendeu, pois a maioria dos trabalhos que consultamos parecem indicar uma maior tendência das mulheres a apresentarem problemas emocionais, ou pelo menos a evidenciá-los.

Entre os fatores que estariam favorecendo essa provável - maior tendência a problemas emocionais, aventaríamos os seguintes:

- a) maiores dificuldades da jovem mulher em resolver conflitos de valores entre a sua geração e a de seus pais, pelo tipo de educação recebida, basicamente diferente da educação masculina.
- b) dificuldades de elaboração e preocupação pelo advento próximo de papéis sociais de conciliação um tanto difícil no atual estágio de desenvolvimento da sociedade, como esposa, mãe e profissional universitária.
- c) competição e disputa com o sexo masculino, numa sociedade ainda historicamente ligada ao sistema patriarcal, e onde a mulher só recentemente entrou na luta competitiva, estando talvez menos preparada para isso.

Nossos resultados também indicam que as pessoas que não estão fazendo o curso pelo qual optaram antes de ingressar na universidade tendem a apresentar maior grau de mal estar emocional.

Poderíamos supor que essa tendência ao mal estar estaria ligada à frustração e queda da autoestima por não ter sido alcançado o objetivo pretendido, ao sofrimento psicológico advindo da percepção do distanciamento do Ego Ideal, com possíveis sentimentos de culpa e de hostilidade contra o mundo, e ao bloqueio da criatividade imposto pelos obstáculos a se fazer uso pleno das verdadeiras aptidões.

A realização do trabalho extraacadêmico está relacionada a uma tendência a menores escores. Assim, os que trabalham tendem a apresentar menor grau de mal estar emocional. Este dado é convergente com a opinião de Rabello, (1973) que em pesquisa realizada - em oito universidades brasileiras, constatou que a maioria dos estudantes que trabalham afirmam que isto lhes traz "segurança e realização". As explicações que aventaríamos para o nosso achado seriam: a) o trabalho aumenta o sentimento de segurança e a formação de uma expectativa mais otimista quanto ao futuro, na profissão, pois o estudante começa já a vencer a barreira teoria-prática, sentida muitas vezes como de difícil transposição ou alarmante.

(É interessante que se observe aqui a convergência desse resultado com aqueles ligados às expectativas quanto ao futuro profissional; em pesquisa futura poderia-se verificar se os alunos que trabalham são os que tendem a ter melhores expectativas nesse futuro); b) sublimação das pulsões instintivas, possibilitando maiores descargas da agressividade e de satisfação libidinal sublimada. Neste contexto gostaríamos de lembrar que o trabalho vem sendo usado há bastante tempo como forma auxiliar de Psicoterapia-terapia ocupacional, laborterapia, etc. c) o trabalho pode ser visto também como uma atividade diversificadora, de lazer, e favorecedora do treinamento e amadurecimento das relações interpessoais; d) o trabalho favoreceria o processo de consolidação da identidade, inerente à fase evolutiva por que passam boa parte dos universitários.

A tendência a escores mais altos acompanhando o número de irmãos nos parece de interpretação particularmente difícil, e os trabalhos que consultamos não parecem ser concludentes. Teoricamente haveria maiores facilidades à socialização com o aumento do número de irmãos, mas por outro lado esse aumento levaria a uma diluição da atenção dispensada aos filhos e de maneira geral a maiores dificuldades materiais.

A tendência dos que sentem a universidade não correspondendo às suas expectativas, em apresentarem escores mais altos parece-nos também de difícil interpretação.

Uma hipótese explicativa para essa tendência poderia ser aventada no sentido de que a universidade realmente não está correspondendo às expectativas de uma boa parte dos alunos, que sentiriam por sua vez insegurança na sua formação universitária, frustração de fantasias intensamente elaboradas durante a adolescência e ameaça à realização pessoal decorrente de um preparo profissional insuficiente. Outra seria o contrário, o desapontamento com a universidade como consequência de algum distúrbio, talvez de colorido depressivo. Ambas nos parecem simplistas, e é mais provável que desapontamento com a universidade e tendência a maiores escores façam parte de um sistema mais complexo em que o aumento do primeiro leve ao segundo, e vice-versa. De qualquer forma o achado nos parece muito importante. Relembremos que dos que estão fazendo o curso desejado, 51,17% acham que a universidade não está correspondendo às suas expectativas - este dado numérico fala por si mesmo, e sua importância nos salta aos olhos, - pelo menos pelas implicações pedagógicas que dele podem derivar. É possível que se tenha aqui um ponto de convergência entre a Psiquiatria Preventiva e a Pedagogia, e fica a sugestão para que esse aspecto seja melhor investigado.

O fato de termos encontrado uma maior tendência a escores altos quanto mais se distancie o trabalho extra-acadêmico do curso que o aluno está fazendo não nos surpreendeu. A noção básica de integração da personalidade como um requisito importante para a saúde mental pressupõe persecução de objetivos que não sejam contraditórios, desempenho de papéis sociais que não se choquem e desenvolvimento das maiores aptidões. Os exemplos que temos na experiência clínica diária de insatisfação com a atividade ocupacional interferindo na saúde mental chegam a ser corriqueiros.

Das variáveis que não apresentaram correlação com o escore para um nível de confiança mínimo de 95%, há três que o apresentarão se o diminuirmos para 90%. São elas "ano que está cursando", "rendimento acadêmico" e "local de moradia dos pais, quanto à distância".

A observação de nossos resultados nos mostra que quanto mais baixo o "ano" mais alto tende a ser o escore. Entre as possíveis explicações para tal ocorrência nos ocorrem as seguintes: a) maior proximidade da adolescência favorecendo maior instabilidade emocional; b) maiores dificuldades de adaptação a uma nova situação, nos primeiros anos: exigências escolares na universidade maiores e diferentes que no colégio, separação da casa dos pais, para a maioria, - confrontação de novos valores com os antigos, etc. c) currículos em geral mais pesados nos primeiros anos.

O fato do rendimento acadêmico estar correlacionado negativamente aos escores é facilmente compreensível, e está totalmente de acordo com os dados de literatura e com que supúnhamos pela nossa experiência clínica e de colegas de profissão. Como já dissemos, é provável que o baixo rendimento acadêmico e mal estar emocional sejam componentes de um sistema cibernético mais complexo, em que o mau aproveitamento escolar poderia funcionar como fator causal ou conseqüente, havendo predominância de um ou outro aspecto, conforme o caso e as circunstâncias. Seja como for, tem-se também aqui um ponto de convergência entre a Psiquiatria Preventiva e a Pedagogia, e a conclusão de que ambas devem caminhar juntas na promoção do bem estar psicológico do estudante nos parece bastante óbvia.

O resultado da correlação da 3a. variável citada nos mostra que quanto maior a distância dos pais, maior tendência a escores altos.

Uma consulta à matriz de correlações nos mostrou que esta variável está bastante correlacionada com a variável "frequência de visitas à família" como seria de se esperar. Aliás, a correlação desta última aparecerá também como significativa se abaixarmos o nível de confiança para 80%, mostrando neste nível que quanto menos frequentes são as visitas à família mais altos tendem a ser os escores.

Esses dados parecem indicar que a hipótese de que a distância dos pais tenderia a influenciar negativamente o bem estar emocional parece ter apontado a direção certa. Uma explicação possível para esse achado seriam as maiores dificuldades de trocas afetivas com a família, impostas pela distância, favorecendo sentimentos de desamparo e carência afetiva, particularmente para os novatos na cidade, que ainda não fizeram as necessárias substituições no seu universo de relacionamentos inter-pessoais.

Esse achado nos inspira a sugerir pesquisas mais aprofundadas que visem estudar a influência da migração do estudante na sua saúde mental.

Nesse sentido, a localização de duas universidades estaduais e gratuitas quase que na mesma região, forçando a migração de estudantes das mais longínquas regiões do estado e mesmo de outros estados, teria sido uma escolha feliz por parte das autoridades governamentais?

Das variáveis independentes consideradas cuja correlação com o escore não foi estatisticamente significativa para $\alpha = 0,05$, chamou-nos inicialmente a atenção o fato de aí estarem incluídas todas aquelas indicadoras de status sócio-econômico, pois este aspecto parece estar ligado a grau de saúde mental segundo uma relação inversa. Se abaixarmos bastante o nível de confiança, chegando-se até 80%, teremos apenas uma delas correlacionadas com o escore, que é "situação econômica pessoal" numa avaliação subjetiva feita pelo respondente. Considerando esse nível de confiança, o resultado obtido confirma os achados mais gerais nas pesquisas que consultamos, isto é, quanto mais a situação econômica se aproxima de difícil, mais alto tende a ser o escore.

O fato da idade e estado civil, variáveis também frequentemente consideradas como influentes na saúde mental, não aparecem como correlacionadas com o escore se explica provavelmente pela homogeneidade da distribuição dessas características na nossa população, constituída de pessoas na sua maioria solteiras e com idade variando numa estreita faixa etária.

A origem étnica não apareceu também como variável correlacionada. É possível que a metodologia usada não tenha sido muito adequada, pois considerou como referência a 3a. geração, dos avós, e dessa forma o efeito da migração já estaria enfraquecido na geração atual. Outra hipótese seria que o esperado "choque cultural" teria sido atenuado dadas as características peculiares do povo brasileiro, bastante tolerante e hospitaleiro. A complexidade do problema étnico no nosso país todavia nos leva a situar essas hipóteses com muita cautela.

Religião e prática religiosa também não surgem como características correlacionadas ao escore GHQ, sugerindo que essas variáveis não aparecem assumir grande importância em relação ao bem estar emocional na nossa população. Chama-nos a atenção a pequena percentagem dos que declaram não ter religião (10,52%) e dos que ^{se} dizem religiosos praticantes (26,90%).

A frequência a cursinhos não surge também como variável correlacionada. Apesar desse aspecto ser de difícil interpretação devemos observar que uma parcela muito pequena (2,04%) fez "cursinho" por 3 anos ou mais.

Talvez o aumento de vagas nos cursos superiores, nos últimos anos, diminuindo a intensidade e o tempo de luta competitiva para a entrada na faculdade tenha contribuído para enfraquecer o caráter ansioso e "estressante" que caracterizavam o ambiente dos "cursinhos"

Por outro lado a frequência a "cursinhos" é um fator transitório, e podemos supor que seu efeito negativo sobre o bem estar emocional - já não esteja presente ao tempo da Universidade.

Também não surgiram como significativamente correlacionadas as seguintes variáveis: tipo de moradia do aluno, local de moradia dos pais, quanto ao tipo (zona rural, etc.), situação conjugal dos pais. Quanto à última, queremos apenas lembrar que a nossa população aparece com certa homogeneidade quanto a esse aspecto, com a grande maioria de pais casados; dessa forma não podemos nada inferir quanto ao não aparecimento de correlação; isto pode ter ocorrido / simplesmente pela homogeneidade.

Em relação ao tipo de moradia do aluno, somos levados a concluir que provavelmente esse aspecto não deve ter a importância que supusemos; o mesmo devemos dizer quanto ao tipo de localidade onde vivem os pais.

II- Correlações entre grupos de variáveis independentes e escore do GHQ.

Dos grupos que consideramos nas páginas 118 e 119 apenas os seguintes apresentaram correlação significativa, em ordem decrescente quanto à intensidade ($\alpha = 0,05$):

a) Grupos "Expectativas Profissionais"

(expectativas de realização profissional, de remuneração condigna e de mercado de trabalho).

b) Grupo "Irmãos" (lugar na ordem dos nascimentos e número de irmãos).

c) Grupo "Trabalho Extra-acadêmico" (realização de trabalho extra-acadêmico, ligação do trabalho com o curso, interferência do trabalho no estudo, satisfação ou não com a remuneração).

A influência do grupo "Irmãos" aqui também é difícil de ser interpretada. A influência do nº de irmãos deve ter sido de maior peso pois seu coeficiente de correlação simples com o escore GHQ é muito maior que o da variável "lugar na ordem dos nascimentos". As mesmas dificuldades de interpretação para a correlação encontrada entre o nº de irmãos e o escore GHQ aqui se fazem presentes.

Também o grupo "Trabalho Extra-acadêmico" parece estar vinculado ao bem estar emocional.

Chama-nos a atenção o fato do grupo "Status sócio-econômico" não aparecer com correlação significativa, o mesmo se dando para "Interação com a família", apesar de ter seus componentes influenciando o escore isoladamente, quando se abaixa o nível de confiança para 90 e 80%.

Em resumo, parece que o grupamento de certas variáveis para se estudar a influência desses grupos no escore pouco acrescentou - ao estudo das correlações simples vistas atrás no item I .

III- Seleção e ordenação das variáveis independentes

Aqui parece que temos um resultado bastante interessante de nossa pesquisa. Evidenciou-se, como vimos, que depois da 3a. variável selecionada ("Resposta da universidade às expectativas do aluno"), a influência matemática das demais sobre o escore GHQ depende dessas - três primeiras, que são: "Expectativas de realização profissional", "Percepção do relacionamento entre os pais" e "Resposta da universidade às expectativas do aluno".

Isto não invalida o que dissemos a respeito das variáveis que apresentam-se correlacionadas com os escores, pois aqui estamos falando de dependência matemática.

É interessante notar que essas três variáveis estão ligadas a três dimensões da vida do estudante.

A primeira, projetada no futuro, liga-se à sua realização - na profissão, como pessoa. (independentemente da remuneração e mercado de trabalho). A segunda, no presente e no passado, liga-se à sua família de origem, e a como as figuras parentais se relacionam. A terceira, volta-se para o presente e para o relacionamento do estudante com o meio-instituição: o que ele esperava dela, o que ela / está lhe dando, o que ele sente que ela está lhe dando.

Embora todos esses resultados devam ser entendidos como um todo, uma "gestalt", não podemos deixar de notar que desse conjunto sobressaem aspectos mais chamativos, os quais nos sugerem que: 1ª) o futuro profissional parece estar interferindo sobremaneira no equilíbrio emocional do jovem universitário da UNICAMP; 2ª) o seu relacionamento com a Universidade parece desempenhar aí um papel muito importante; aqui nossa atenção é forçosamente despertada para a verificação de que 1/4 dos alunos não estão fazendo o curso pelo qual optaram, e dos que o fazem, mais da metade acha que a universidade não está correspondendo às suas expectativas; 3ª) a percepção do relacionamento entre os pais como insatisfatório está bastante relacionada à presença de evidências de mal estar emocional; 4ª) o fato do estudante trabalhar provavelmente favorece a sua saúde mental, principalmente se esse trabalho tem relação com seu curso.

É importante verificar que entre os fatores que nossa pesquisa sugere ter uma provável influência no bem estar emocional do estudante há alguns que podem, teoricamente, receber da Universidade contribuições significativas que possam direcioná-los para uma melhor saúde mental.

É de justiça lembrar que já existe uma preocupação pelo bem estar do estudante na cúpula administrativa da UNICAMP. Em janeiro de 1976 começou a funcionar o Serviço de Apoio ao Estudante (S.A.E.) que tem procurado oferecer ajuda material ao estudante e possibilidade de treinamento na sua área, através das "bolsas de trabalho". Esses estágios remunerados podem ser feitos na própria Universidade, ou em empresas e instituições externas. Em face de nossos resultados sugerimos que se inclua no S.A.E. um departamento de ajuda psicológica ao estudante.

Esperamos que este nosso trabalho tenha contribuído de algum modo para o estudo do importante problema da saúde mental do universitário. A Universidade constitui a derradeira fase do preparo de uma parte da juventude para seu engajamento definitivo num setor da estrutura social; seu papel assume significado especial, como um dos elos mais importantes da cadeia que liga escola à sociedade.

A N E X O . I

GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE - G. H. Q.

(David Goldberg)

APPENDIX 8

THE GENERAL HEALTH QUESTIONNAIRE (60-ITEM VERSION)

Please read this carefully:

We should like to know if you have had any medical complaints, and how your health has been in general, *over the past few weeks*. Please answer ALL the questions on the following pages simply by underlining the answer which you think most nearly applies to you. Remember that we want to know about present and recent complaints, not those that you had in the past.

It is important that you try to answer ALL the questions.

Thank you very much for your co-operation.

HAVE YOU RECENTLY:

1. — <i>been feeling perfectly well and in good health?</i>	Better than usual	Same as usual	Worse than usual	Much worse than usual
2. — <i>been feeling in need of a good tonic?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
3. — <i>been feeling run-down and out of sorts?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
4. — <i>felt that you are ill?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
5. — <i>been getting any pains in your head?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
6. — <i>been getting a feeling of tightness or pressure in your head?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
7. — <i>been able to concentrate on whatever you're doing?</i>	Better than usual	Same as usual	Less than usual	Much less than usual
8. — <i>been afraid that you were going to collapse in a public place?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
9. — <i>been having hot or cold spells?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
10. — <i>been perspiring (sweating) a lot?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
11. — <i>found yourself waking early and unable to get back to sleep?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual

UNICAMP
BIBLIOTECA CENTRAL

HAVE YOU RECENTLY:

12. — <i>been getting up feeling your sleep hasn't refreshed you?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
13. — <i>been feeling too tired and exhausted even to eat?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
14. — <i>lost much sleep over worry?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
15. — <i>been feeling mentally alert and wide awake?</i>	Better than usual	Same as usual	Less alert than usual	Much less alert
16. — <i>been feeling full of energy?</i>	Better than usual	Same as usual	Less energy than usual	Much less energetic
17. — <i>had difficulty in getting off to sleep?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
18. — <i>had difficulty in staying asleep once you are off?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
19. — <i>been having frightening or unpleasant dreams?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
20. — <i>been having restless, disturbed nights?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
21. — <i>been managing to keep yourself busy and occupied?</i>	More so than usual	Same as usual	Rather less than usual	Much less than usual
22. — <i>been taking longer over the things you do?</i>	Quicker than usual	Same as usual	Longer than usual	Much longer than usual
23. — <i>tended to lose interest in your ordinary activities?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
24. — <i>been losing interest in your personal appearance?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
25. — <i>been taking less trouble with your clothes?</i>	More trouble than usual	About same as usual	Less trouble than usual	Much less trouble
26. — <i>been getting out of the house as much as usual?</i>	More than usual	Same as usual	Less than usual	Much less than usual
27. — <i>been managing as well as most people would in your shoes?</i>	Better than most	About the same	Rather less well	Much less well
28. — <i>felt on the whole you were doing things well?</i>	Better than usual	About the same	Less well than usual	Much less well

HAVE YOU RECENTLY:

29. — <i>been late getting to work, or getting started on your housework?</i>	Not at all	No later than usual	Rather later than usual	Much later than usual
30. — <i>been satisfied with the way you've carried out your task?</i>	More satisfied	About same as usual	Less satisfied than usual	Much less satisfied
31. — <i>been able to feel warmth and affection for those near to you?</i>	Better than usual	About same as usual	Less well than usual	Much less well
32. — <i>been finding it easy to get on with other people?</i>	Better than usual	About same as usual	Less well than usual	Much less well
33. — <i>spent much time chatting with people?</i>	More time than usual	About same as usual	Less than usual	Much less than usual
34. — <i>kept feeling afraid to say anything to people in case you made a fool of yourself?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
35. — <i>felt that you are playing a useful part in things?</i>	More so than usual	Same as usual	Less useful than usual	Much less useful
36. — <i>felt capable of making decisions about things?</i>	More so than usual	Same as usual	Less so than usual	Much less capable
37. — <i>felt you're just not able to make a start on anything?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
38. — <i>felt yourself dreading everything that you have to do?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
39. — <i>felt constantly under strain?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
40. — <i>felt you couldn't overcome your difficulties?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
41. — <i>been finding life a struggle all the time?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
42. — <i>been able to enjoy your normal day-to-day activities?</i>	More so than usual	Same as usual	Less so than usual	Much less than usual
43. — <i>been taking things hard?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
44. — <i>been getting edgy and bad-tempered?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual

HAVE YOU RECENTLY:

45. — <i>been getting scared or panicky for no good reason?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
46. — <i>been able to face up to your problems?</i>	More so than usual	Same as usual	Less able than usual	Much less able
47. — <i>found everything getting on top of you?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
48. — <i>had the feeling that people were looking at you?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
49. — <i>been feeling unhappy and depressed?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
50. — <i>been losing confidence in yourself?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
51. — <i>been thinking of yourself as a worthless person?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
52. — <i>felt that life is entirely hopeless?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
53. — <i>been feeling hopeful about your own future?</i>	More so than usual	About same as usual	Less so than usual	Much less hopeful
54. — <i>been feeling reasonably happy, all things considered?</i>	More so than usual	About same as usual	Less so than usual	Much less than usual
55. — <i>been feeling nervous and strung-up all the time?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
56. — <i>felt that life isn't worth living?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
57. — <i>thought of the possibility that you might make away with yourself?</i>	Definitely not	I don't think so	Has crossed my mind	Definitely have
58. — <i>found at times you couldn't do anything because your nerves were too bad?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
59. — <i>found yourself wishing you were dead and away from it all?</i>	Not at all	No more than usual	Rather more than usual	Much more than usual
60. — <i>found that the idea of taking your own life kept coming into your mind?</i>	Definitely not	I don't think so	Has crossed my mind	Definitely has

A N E X O IITRADUÇÃO DO G. H. Q.

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

- QUESTIONÁRIO DE SAÚDE GERAL -

Por favor, leia com atenção:

O interesse neste questionário é saber se você tem apresentado queixas médicas, e como tem sido sua saúde, de maneira geral, nestas últimas semanas. Responda por obséquio, todas as perguntas nas páginas que se seguem fazendo um círculo em torno da resposta que você acha que mais se aplica a você. Lembre-se que o interesse está nas queixas atuais e recentes, e não naquelas que o correram no passado.

É importante que você procure responder a todas as perguntas.

Muito obrigado pela sua colaboração.

Você ultimamente:

1

- 1- Tem se sentido perfeitamente bem e com boa saúde ?
melhor que como de pior do que muito pior do
de costume costume de costume que de costum-
me
- 2- Tem sentido necessidade de tomar fortificantes ? (vitaminas)
não, abso- não mais um pouco - muito mais do
lutamente do que - mais do - que de costum-
de costum_ que de cog_ me
tume
- 3- Tem se sentido cansado (fatigado) e irritadigo ?
não, abso- não mais um pouco - muito mais do
lutamente do que - mais do - que de costum-
de costum_ que de cog_ me
me tume
- 4- Tem se sentido mal de saúde ?
não, abso- não mais um pouco - muito mais do
lutamente do que - mais do - que de costum-
de costum_ que de cog_ me
me tume
- 5- Tem sentido dores na cabeça ?
não, abso- não mais um pouco - muito mais do
lutamente do que - mais do - que de costum-
de costum_ que de cog_ me
me tume
- 6- Tem sentido sensação de aperto ou pressão na cabeça ?
não, abso- não mais um pouco - muito mais do
lutamente do que - mais do - que de costum-
de costum_ que de cog_ me
me tume
- 7- Tem sido capaz de concentrar-se no que faz ?
melhor que como de- menos do - muito menos -
de costum_ costume que de cog_ do que de cog_
me tume tume

Você ultimamente:

- 2 -

- 8- Tem sentido medo de que você vai desmaiar num lugar público ?
não, abso- não mais do mais do muito mais do
lutamente que de cos- que de- que de costum-
tume costume me
- 9- Tem sentido sensações (ondas) de calor ou de frio pelo corpo ?
não, abso- não mais do mais do muito mais do
lutamente que de cos- que de- que de costum-
tume costume me
- 10- Tem suado (transpirado) muito ?
não, abso- não mais do mais do muito mais do
lutamente que de cos- que de- que de costum-
tume costume me
- 11- Tem acordado cedo (antes da hora) e não tem conseguido dormir de novo ?
não, abso- não mais do mais do muito mais do
lutamente que de cos- que de- que de costum-
tume costume me
- 12- Tem levantado sentindo que o sono não foi suficiente para lhe re-
novar as energias ?
não, abso- não mais do mais do muito mais do
lutamente que de cos- que de- que de costum-
tume costume me
- 13- Tem se sentido muito cansado e exausto, até mesmo para alimentar-se ?
não, abso- não mais do mais do muito mais do
lutamente que de cos- que de- que de costum-
tume costume me
- 14- Tem perdido muito sono por causa de preocupações ?
não, abso- não mais do mais do muito mais do
lutamente que de cos- que de- que de costum-
tume costume me
- 15- Tem se sentido lúcido e com plena disposição mental ?
melhor do como de cog_ menos - muito menos -
que de - tume lúcido- lúcido do que
costume do que de costum_ de costum_
tume

16- Tem se sentido cheio de energia ? (com muita disposição)
melhor do - como de - com menos - com muito menos
que de - - costume - energia - energia do que-
costume - do que de - de costume

17- Tem sentido dificuldade em conciliar o sono? (pegar no sono).
não, abso- não mais - um pouco- muito mais do -
lutamente - que de - mais do - - que de costume
costume - que de - - costume

18- Tem tido dificuldade em permanecer dormindo após ter conciliado o sono ? (não ter péto no sono)

não, abso- não mais - um pouco - muito mais do -
lutamente - do que - mais do - - que de costume
de costu - que de cos
me - tune

19- Tem tido sonhos desagradáveis ou aterrorizantes ?
não, abso- não mais - um pouco - muito mais do -
lutamente - do que - mais do - - que de costume
de costu - que de cos
me - tune

20- Tem tido noites agitadas e mal dormidas ?

não, abso- não mais - um pouco - muito mais do -
lutamente - do que - mais do - - que de costume
de costu - que de cos
me - tune

21- Tem conseguido manter-se em atividade e ocupado ?

mais do - como de - um pouco - muito menos do-
que de cos - costume - menos do - - que de costume
tune - que de cos
tune

22- Tem gasto mais tempo para executar seus afazeres ?

mais rápi- como do - mais tempo - muito mais tem-
do do que- - costume - do que de- - po do que de -
de costume - costume - costume

23- Tem sentido que perde o interesse nas suas atividades normais diá-
rias ?
não, abso- não mais - um pouco mais - muito mais do
lutamente - do que - - que de costu-
de costu - tune - me

me

24- Tem sentido que está perdendo interesse na sua aparência pessoal ?
não, abso- não mais - um pouco mais - muito mais do
lutamente - do que - - que de costu-
de costu - tune - me
me

25- Tem tido menos cuidado com suas roupas ?

mais cuida - como de- - menos cuidado - muito menos -
do do que- - costume - do que de cos
de costume - tune - que de costu-
me - tune

26- Tem saído de casa com a mesma frequência de costume ?

mais do - como de- - menos do que- - muito menos-
que de cos - costume - de costume - do que de cos
tune - tune

27- Tem se saído tão bem quanto acha que a maioria das pessoas se sai-
ria se estivesse em seu lugar ?

melhor do- mais ou- - um pouco pi - - muito pior
que a mai - menos i- - or
ria - qual

28- Tem achado que de um modo geral tem dado boa conta de seus afaze-
res ?

melhor do- assim co - pior do que - - muito pior do
que de cos - no de - - de costume - que de costu-
tune - costume - me

29- Tem se atrasado para chegar ao trabalho ou para começar seu tra-
balho em casa ?

não, abso- não mais - pouco mais a- - muito mais a-
lutamente - atrasado - trasado do que - trasado do que
do que - - de costume - de costume
de costu - de costume
me

- 30- Tem se sentido satisfeito com a forma pela qual você tem realiza-
do suas atividades ? (tarefa ou trabalho)
- | | | | |
|------------------|---------------|--------------|-------------|
| mais satisfeito | assim como de | menos satis- | multo menos |
| do que de costu- | costume | feito do que | satisfeito- |
| me | | de costume | do que de - |
| | | | costume |
- 31- Tem sido capaz de sentir calor humano e afeição por aqueles que
o cercam ?
- | | | | |
|----------------|---------------|------------|-------------|
| mais do que de | assim como de | menos do - | multo menos |
| costume | costume | que de cog | do que de - |
| | | tune | costume |
- 32- Tem achado fácil conviver com outras pessoas ?
- | | | | |
|---------------|---------------|--------------|-------------|
| mais fácil do | tão fácil co- | mais difícil | multo mais- |
| que de costu- | mo de costu - | cil do que | difícil do- |
| me | me | de costume | que de cos- |
| | | | tune |
- 33- Tem gasto muito tempo batendo papo ?
- | | | | |
|---------------|---------------|------------|-------------|
| mais tempo do | tanto quanto- | menos do- | multo menos |
| que de costu- | de costume | que de cog | do que de - |
| me | | tune | costume |
- 34- Tem tido medo de dizer alguma coisa às pessoas e passar por tolo ?
(parecer ridículo)
- | | | | |
|------------|---------------|-----------|-------------|
| não, abso- | não mais do - | um pouco- | multo mais- |
| lutamente | que de costu- | mais do - | do que de - |
| | me | que de - | costume |
| | | costume | |
- 35- Tem sentido que está desempenhando uma função útil na vida ?
- | | | | |
|------------|---------------|-----------|-------------|
| mais do - | como de cos - | menos ú - | multo menos |
| que de cog | tune | tíl do - | útil do que |
| tune | | que de - | de costume |
| | | costume | |
- 36- Tem se sentido capaz de tomar decisões sobre suas coisas ?
- | | | | |
|------------|---------------|-----------|-------------|
| mais do - | como de cos - | menos do- | multo menos |
| que de cog | tune | que de - | do que de - |
| tune | | costume | costume |

- 37- Tem sentido que você não consegue continuar as coisas que começa ?
- | | | | |
|------------|-------------|----------|---------------|
| não, abso- | não mais do | um pouco | multo mais do |
| lutamente | que de cos- | mais do- | que de costu- |
| | tune | que de - | me |
| | | costume | |
- 38- Tem se sentido com medo de tudo que tem que fazer ?
- | | | | |
|------------|-----------|----------|---------------|
| não, abso- | como de - | mais do- | multo mais do |
| lutamente | costume | que de - | que de costu- |
| | | costume | me |
- 39- Tem se sentido constantemente sob tensão ?
- | | | | |
|------------|-----------|----------|---------------|
| não, abso- | como de - | mais do- | multo mais do |
| lutamente | costume | que de - | que de costu- |
| | | costume | me |
- 40- Tem se sentido incapaz de superar suas dificuldades ?
- | | | | |
|------------|-----------|----------|---------------|
| não, abso- | como de - | mais do- | multo mais do |
| lutamente | costume | que de - | que de costu- |
| | | costume | me |
- 41- Tem achado a vida uma luta constante ?
- | | | | |
|------------|-----------|----------|---------------|
| não, abso- | como de - | mais do- | multo mais do |
| lutamente | costume | que de - | que de costu- |
| | | costume | me |
- 42- Tem conseguido sentir prazer nas suas atividades diárias ?
- | | | | |
|------------|------------|----------|---------------|
| mais do - | assim como | um pou - | multo menos - |
| que de cog | de costume | co menos | do que de cog |
| tune | | do que - | tune |
| | | de costu | |
| | | me | |
- 43- Tem tido pouca paciência com as coisas ?
- | | | | |
|------------|------------|-----------|---------------|
| não, abso- | não mais - | menos pa- | multo menos - |
| lutamente | do que de- | ciência - | paciência do- |
| | costume | do que de | que de costu- |
| | | costume | me |

Você ultimamente:

- 44- Tem se sentido irritado e mal humorado ?
 não, abso- não mais do um pouco mais muito mais
 lutamente que de cos- do que de cos- do que de-
 tune tune costume
- 45- Tem ficado apavorado ou em pânico sem razões justificadas para isso ?
 não, abso- não mais do um pouco mais muito mais
 lutamente que de cos- do que de cos- do que de-
 tune tune costume
- 46- Tem se sentido capaz de enfrentar seus problemas ?
 mais capaz como de cos- menos capaz - muito meros
 do que de- tune do que de cos- capaz do -
 costume tune que de costu
 me
- 47- Tem sentido que suas atividades têm sido excessivas para você ?
 não, abso- não mais do um pouco mais muito mais
 lutamente que de cos- do que de cos- do que de-
 tune tune costume
- 48- Tem tido sensação de que as pessoas olham para você ?
 não, abso- não mais do um pouco mais muito mais
 lutamente que de cos- do que de cos- do que de-
 tune tune costume
- 49- Tem se sentido infeliz e deprimido ?
 não, abso- não mais do um pouco mais muito mais
 lutamente que de cos- do que de cos- do que de-
 tune tune costume
- 50- Tem perdido a confiança em você mesmo ?
 não, abso- não mais do um pouco mais muito mais
 lutamente que de cos- do que de cos- do que de-
 tune tune costume
- 51- Tem se considerado como uma pessoa inútil ? (sem valor)
 não, abso- não mais do um pouco mais muito mais
 lutamente que de cos- do que de cos- do que de-
 tune tune costume

Você ultimamente:

- 52- Tem sentido que a vida é completamente sem esperanças ?
 não, abso- não mais do um pouco mais do muito mais
 lutamente que de cos- que de costume do que de-
 tune tune costume
- 53- Tem se sentido esperançoso quanto ao seu futuro ?
 mais do - assim como- menos do que de muito me -
 que de cos- de costume costume nos do que
 tune tune de costume
- 54- Considerando-se todas as coisas, tem se sentido razoavelmente feliz ?
 mais do - assim como- menos do que de muito me -
 que de cos- de costume costume nos do que
 tune tune de costume
- 55- Tem se sentido nervoso e sempre tenso ?
 não, abso- não mais do um pouco mais - muito mais
 lutamente que de cos- do que de costu do que de -
 tune tune me costume
- 56- Tem sentido que a vida não vale a pena ?
 não, abso- não mais do um pouco mais - muito mais
 lutamente que de cos- do que de costu do que de-
 tune tune me costume
- 57- Tem pensado na possibilidade de dar um fim em você mesmo ?
 definitiva acho que - passou-me pela- definitiva
 mente, não não cabeça mente, sim
- 58- Tem achado algumas vezes que não pode fazer nada porque está muito mal dos nervos ?
 não, abso- não mais do um pouco mais - muito mais
 lutamente que de cos- do que de costu do que de-
 tune tune me costume
- 59- Já se descobriu desejando estar morto e longe (livre) de tudo ?
 não, abso- não mais do um pouco mais - muito mais
 lutamente que de cos- do que de costu do que de-
 tune tune me costume

Você ultimamente:

60- Tem achado que a idéia de acabar com a própria vida tem se mantido em sua mente ?

definitiva-	acho que	passou-me	definitivamente,
mente, não	não	pela cabe	sim
		ça	

A N E X O I I I

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

QUESTIONÁRIO DE DADOS PESSOAIS E SOCIAIS

Por favor, leia com atenção

Este questionário é complemento de outro de natureza médica (Questionário de Saúde Geral). Também aqui pedimos o obséquio de responder a todas as questões com a máxima atenção. / Ao lado de cada alternativa há um lugar entre parênteses, onde você deve colocar um X naquela que mais se aproxime de sua situação.

Pedimos que responda às questões em aberto, com letra legível.

Mais uma vez, muito obrigado por sua colaboração.

01 - Nome do Curso ----- Nº do curso -----

02 - Ano de ingresso na UICAMP

1 () antes de 67	5 () 70	9 () 74
2 () 67	6 () 71	10 () 75
3 () 68	7 () 72	
4 () 69	8 () 73	

03 - Que "ano" Você está cursando na sua faculdade ? (dê a correspondência aproximada com o sistema tradicional de "anos").

() 1º ano	() 4º ano
() 2º ano	() 5º ano
() 3º ano	() 6º ano

04 - Sexo:

1 () Masc.	2 () Fem.
-------------	------------

05 - Idade:

1 () 18 ou 19	4 () 24 ou 25	7 () 30 ou mais
2 () 20 ou 21	5 () 26 ou 27	
3 () 22 ou 23	6 () 28 ou 29	

06 - Origem étnica pelo lado paterno, até avós (portuguesa, brasileira, etc): -----

07 - Origem étnica pelo lado materno, até avós: -----

08 - Estado civil

1 () Solto	3 () Viúvo
2 () Casado	4 () Desquitado

09 - Situação econômica pessoal (avaliação feita pelo entrevistado)

1 () muito difícil	3 () regular	5 () muito boa
2 () difícil	4 () boa	

10 - Renda familiar bruta mensal (estimativa) R\$ -----

11 - Profissão dos pais (explicar claramente)

Pai -----

Mãe -----

12 - Educação do Pai

1 () analfabeto	6 () Colegial incompleto
2 () Primário incompleto	7 () Colegial completo
3 () Primário completo	8 () Universitário incompleto
4 () Ginasial incompleto	9 () Universitário completo
5 () Ginasial completo	

- 13 - Educação da Mãe
- 1 () Analfabeta 6 () Colégio incompleto
- 2 () Primário incompleto 7 () Colégio completo
- 3 () Primário completo 8 () Universitário incompleto
- 4 () Ginásial incompleto 9 () Universitário completo
- 5 () Ginásial completo
- 14 - Situação conjugal dos pais
- 1 () Casados 3 () Desquitados
- 2 () Separados 4 () Outra -----
- 15 - Se casados, dão-se:
- 1 () Bem 3 () Mal
- 2 () Mais ou menos 4 () Muito mal
- 16 - Lugar na ordem dos nascimentos
- 1 () Filho único 3 () Do meio
- 2 () Primogênito 4 () Caçula
- 17 - Número de irmãos (quando for o caso)
- 1 () Um 2 () Dois 3 () Três ou mais
- 18 - Tipo de moradia em Campinas ou arredores (no caso de viajar dia
riamente)
- 1 () Sua própria casa 5 () República
- 2 () Casa dos pais 6 () Casa de família
- 3 () Pensão (aluga quartos)
- 4 () Pensionato 7 () Casa de parentes
- 8 () Outro: -----
- 19 - Sua família (pais ou substitutos) reside:
- 1 () Zona rural 4 () Cidade média (30.000 a /
100.000 hab.)
- 2 () Cidade muito pequena (até 10.000 hab.) 5 () Cidade grande (100.000 a
500.000 hab.)
- 3 () Cidade pequena 6 () Cidade muito grande (pais
(10.000 até 30.000 habitantes) de 500.000 hab.)
- 20 - Local de moradia dos pais ou substitutos
- 1 () Campinas 4 () Distante de 100 a 200 Km
- 2 () Arredores 5 () Distante de 200 a 500 Km
- 3 () Local distante de 6 () Mais de 500 Km
- 50 a 100 Km.

- 21 - Vistas à família (quando esta mora fora):
- 1 () Diárias 3 () Mensais
- 2 () Semanais ou 4 () A cada 2 ou 3 meses
quinzenais 5 () Só nas férias
- 22 - Trabalho (Trabalho?)
- 1 () Sim 2 () Não
- 23 - Ligação do trabalho com o curso que faz na UNICAMP:
- 1 () Tem estreita ligação
- 2 () Tem alguma ligação
- 3 () Não tem relação alguma
- 24 - Acha que o trabalho interfere em seu estudo?
- 1 () Prejudica bastante 3 () Favorece
- 2 () Prejudica um pouco 4 () Não interfere (indiferente)
- 25 - Está satisfeito com o que ganha?
- 1 () Sim 2 () Não
- 26 - Está fazendo o curso que desejava fazer antes de ingressar na
Universidade?
- 1 () Sim 2 () Não
- 27 - No caso de não estar dizer as razões:
- 1 () Problemas econômicos na ocasião de ingresso na Universidade.
- 2 () Necessidade de fazer um curso com melhores perspectivas de remuneração ou de mercado de trabalho.
- 3 () Necessidade de fazer um curso mais rápido.
- 4 () Concordar com a escolha dos pais ou substitutos.
- 5 () Conselho de amigos ou parentes.
- 6 () Não conseguiu vaga para o curso colocado como opção anterior.
- 7 () Outras (especificar): -----
- 28 - No caso de estar fazendo o curso pelo qual optou, acha que a
Universidade está correspondendo às suas expectativas?
- 1 () Sim 2 () Não
- 29 - Suas expectativas de realizar-se na sua futura profissão, independentemente do aspecto da remuneração, são:
- 1 () Muito ruins 2 () Ruins 3 () Boas 4 () Muito boas.

- 30 - Sua expectativa de receber uma remuneração condigna é:
- 1 () Muito ruim 2 () Ruim 3 () Boa 4 () Muito boa
- 31 - Sua expectativa em relação ao "mercado de trabalho" é:
- 1 () Muito ruim 2 () Ruim 3 () Boa 4 () Muito boa
- 32 - Qual é sua religião?
- | | |
|----------------------------------|-------------------------------|
| 1 () Católica praticante | 6 () Espírita não praticante |
| 2 () Católica não praticante | 7 () Israelita |
| 3 () Protestante praticante | 8 () Outros (especificar) |
| 4 () Protestante não praticante | ----- |
| 5 () Espírita praticante | 9 () Não tem |
- 33 - Fez curso(s)? Durante quanto tempo?
- | | |
|-----------------|-------------------------|
| 1 () Não fez | 4 () Três anos |
| 2 () Um ano | 5 () Mais de três anos |
| 3 () Dois anos | |
- 34 - Quais as razões que o levaram a entrar na Universidade?
-
-
-
-
-
-

ANEXO IV

ROTEIRO PARA A ENTREVISTA

ESTRUTURADA

INSTRUÇÕES

PLANO DA
ENTREVISTA

Se o paciente não deseja ser examinado, afaste-se momentaneamente do plano, para obter sua cooperação. Caso contrário, limite suas perguntas às aquelas existentes no plano da entrevista ou a pedidos gerais de esclarecimento ou mais informação. Quando a resposta do paciente parecer incompleta, use as perguntas adequadas ao prosseguimento, que aparecem entre parênteses. Se o paciente já deu uma resposta completa a uma pergunta, de tal forma que todos os itens correspondentes possam ser marcados, antes que ela seja feita, omita a questão.

Se a resposta prematura do paciente contém informação insuficiente para responder a todos os itens relativos a um grupo de questões, modifique a pergunta, quando for atingida, para levar em consideração as afirmações prévias do paciente. Se um paciente refere-se a sintomas ocorridos no passado, pergunte se eles ocorreram na última semana ou se ele ainda os considera como problemas.

RELAÇÃO DOS
ÍTEMS

Indique seu julgamento de todos os itens durante o decorrer da entrevista.

Um item é VERDADEIRO:

1. Se o comportamento é OBSERVADO durante a entrevista.
2. Se o paciente descreve o comportamento como ocorrido em QUALQUER MOMENTO da semana anterior.
3. Se o comportamento, embora não ocorrendo durante a semana prévia, for CARACTERÍSTICO do modo do paciente ser ou se AINDA for um problema para ele.
4. Se o comportamento é uma atitude HABITUAL em relação a uma condição ou evento anterior.
5. Se o comportamento descrito no item ocorrer a qualquer momento durante a entrevista, mesmo que seja contrário ou inconsistente em relação a comportamento presente em outras ocasiões.

Se o paciente não der a informação relevante em relação a um item, este deve ser julgado FALSO. Evite inferências baseadas em formulações psicodinâmicas.

Ítems que começam com "Continua..." significam que o comportamento ocorreu três vezes ou mais. Ítems que começam com "Indica que..." significam que o paciente afirmou algo que tem aquele significado em forma substancial ou que o seu comportamento verbal ou evidente confirma o item.

FOLHA DE
CONTAGEM

Preencha o símbolo correto com u'a marca forte - usando um lápis ou uma caneta esferográfica. Não - assinale ou faça um X apenas.

Método correto: ☒ V ☐ F

Nota: Ao preencher o símbolo para VERDADEIRO, não é necessário dar forma triangular.

Para mudar um julgamento não o apague. Em lugar disso preencha o símbolo correto e desenhe um círculo à sua volta:

Preencha toda a informação pedida na coluna à esquerda na folha de contagem, em letra de forma.

Número da entrevista refere-se ao número de vezes que o paciente foi entrevistado com o MSS.

Admissões prévias refere-se a admissões prévias - em hospital psiquiátrico mas não incluem transfe - rências diretas de uma secção psiquiátrica para - outra.

As três categorias são usadas para determinar a classe social do paciente. Se ele não é chefe da família (ex. uma dona de casa ou um estudante) então usam-se a educação e a ocupação do chefe da família (esposo ou pai).

Indicar a ocupação especial tal como "professor de escola maternal" e não apenas "professor".

Se necessário descrever as ocupações atuais, por exemplo, "opera uma compressora em uma Lavanderia - não se requer treinamento especial" em lugar de apenas "Lavanderia":

1a. PARTE

- | | |
|---|---|
| 1. Como é seu nome? | 1. Aberta |
| 2. Idade | 2. " |
| 3. E. Civil | 3. " |
| 4. Sexo | 4. " |
| 5. Curso | 5. " |
| 6. Porque está fazendo esse curso? | 6. " |
| 7. Está fazendo o currículo "comum" ou 1 currículo - reduzido.
Por que? | 7. " |
| 8. O seu aproveitamento escolar é igual, melhor ou pior do que a maioria de seus colegas. | 8. " |
| 8' Em relação ao seu currículo, você está adiantado, igual ou pior do que seus colegas? | 8'. " |
| 9. Você tem alguma dificuldade para estudar, fazer seu trabalho? | 9. Menciona que tem dificuldade em se concentrar nos seus estudos ou trabalho. |
| 10. Você retém o que estuda, aprende? | 10. Queixa-se que embora ele estude ou seja atento, não consegue guardar ou assimilar a matéria. |
| 11. Você leva seus projetos, papéis, tarefas, exames - em dia? | 11. Indica que ele frequentemente atrasa em fazer suas tarefas. |
| 12. Como tem sido sua frequência à Faculdade; Você falta algumas vezes? Por que? | 12. Indica que algumas vezes perde aulas, ou não vai à escola, e que isto lhe causa desconforto pessoal ou dificuldades com notas avaliações ou professores |
| 13. Como você vai indo na escola? Que tipo de notas, avaliações tem obtido (Qual é sua nota mais baixa) | 13a Indica que em uma ou duas matérias vai mal, mas nas outras vai indo mais ou menos bem. |
| | 13b. Indica que vai mal em 3 ou mais matérias. |
| 14. Você está tendo alguma dificuldade em alguma matéria? Que tipo de dificuldade - você tem (teve). | 14. Aberta |

1ª PARTE

- | | |
|--|--|
| 15. Que tipo de dificuldades Você tem com seus profs. instrutores | 15. Indica que por causa de sua atitude ele tem <u>en</u> trado em conflito com <u>-</u> seus supervisores. |
| 16. Você teve alguma dificuldade com a administração? (outra além da que mencio <u>nou</u>) | 16. Indica que tem dificuldade com a administração - por razões que não baixo rendimento escolar. |
| 17. Há alguma atividade social ou extra-curricular que Vo <u>cê</u> realiza na Universidade ou em algum órgão a ela li <u>g</u> ado? | 17. Indica que ele evita <u>en</u> volver-se em qualquer ati <u>vi</u> dade social organizada ou extra-curricular que <u>l</u> he esteja disponível. |
| 18. Em CASO AFIRMATIVO Que atividade | 18. Aberta |
| 19. Como Você se sente em rela <u>ção</u> à Faculdade (Você gos <u>ta</u> da Faculdade?) | 19a. Indica que obtém pouco - prazer, talvez nenhum, de <u>ri</u> vado de qualquer aspec <u>to</u> na sua experiência na escola.
19b. Indica que tem aversão à Faculdade. |

Se trabalha:

- | | |
|--|------------|
| 20. Você trabalha, além de estudar? Que tipo de traba <u>l</u> ho. | 20. Aberta |
| 21. O trabalho prejudica os - seus estudos? | 21. Aberta |

Só para os casados:

- | | |
|--|------------|
| 22. Quem sustenta a casa? | 22. Aberta |
| 23. Quantos filhos Vocês tem? | 23. " |
| 24. Perspectivas profissionais na realidade atual. | 24. " |

2a. PARTE

- (*) O entrevistador deve identificar-se, dar a mão e explicar a finalidade da entrevista. (Qual é seu nome todo?) (É casado?) - (Tem filhos?) (Qual é seu trabalho ou ocupação?)
- (**) +Queixa Original- Quanto tempo faz que procurou o hospital, clínica ? Gostaria que me falasse sobre seus problemas e dificuldades e como foi que eles o levaram a procurar o hospital, a clínica ?
- (**) Se o paciente não informa o comportamento ou evento específico que precipitou a internação:
(Mas o que aconteceu realmente que foi necessário para você ir ao hospital, clínica ? (Como foi que veio para este hospital, clínica ?)
- Problema: Que problemas - ou dificuldades o Sr(a) - tem agora?
- Disposição - Que disposição (ânimo) tem tido recentemente?
- Preocupações - Que tipo de coisas preocupam você?
- Se admite preocupações: (Quanto você se preocupa)
- Médos - Quais são os medos que você tem?
1. Recusa o aperto de mãos.
2. Transpira profusamente ou sua mão está úmida ou molhada quando apertada.
- + Queixa Original
3. Dá uma descrição do seu comportamento que é inadequada ou insuficiente para justificar a internação (ex. diz que ficou "nervoso" ou "deprimido")
- +Esta seção será usada apenas com pacientes que estejam ou estiveram em um hospital ou clínica.
- Disposição?
4. Diz que se sente eufórico ou "ótimo".
5. Diz que não sente nada, não tem sentimentos ou se sente como morto.
6. Diz que não tem preocupações ou que nada o aborrece
7. Menciona que se preocupa muito ou que não para de preocupar-se.
- Médos
8. Admite 3 ou mais medos diferentes ou diz que continua sentindo medo de diferentes coisas.
9. Menciona medo de ser abandonado ou deixado só.
10. Indica que tem medo de ficar louco" ou perder o controle de suas emoções.

Algumas pessoas têm medos que acham sem sentido como de multidões ou certas atividades. Que tipo de medos, como estes, você tem?

Se o entrevistado indica um medo:

(Este medo de...impede você de fazer alguma coisa que deseje?)

Ansiedade - Sente-se frequentemente ansioso ou tenso?(aflito, inquieto, apreensivo)
Durante quanto tempo sente-se assim?

Agitação - Sente-se agitado(ou inquieto, desassoçado)?

Depressão- Sente-se frequentemente deprimido ou triste?
(Durante quanto tempo sente-se assim?)

Choro- Quando foi a última vez em que teve vontade de chorar?

Auto-estima- Como se sente a - seu respeito?
Gosta de si mesmo?

Amor próprio

Resposta à crítica- Como se sente quando as pessoas o criticam?

11. Indica um medo mórbido de que alguma coisa terrível lhe acontecerá.

12. Indica que tem medo irracional de um objeto ou situação em particular(fobia)
(ex. multidões, altura)

13. Diz que tem ataques de medo repentino ou pânico.

14. Indica que seu medo o impede de participar de alguma atividade.

Ansiedade

15. Admite que é incomodado por sentimentos de ansiedade.

16. Admite que se sente ansioso praticamente todo o tempo.

Agitação

17. Diz que se sente agitado ou incapaz de ficar calmo.

Depressão

18. Admite que é incomodado por sentimentos de tristeza ou depressão.

19. Admite que se sente deprimido praticamente todo o tempo.

Choro

20. Admite que sente vontade de chorar.

Auto-estima

21. Menciona que gosta exageradamente de si mesmo ou que pensa que é perfeito.

22. Acusa-se de não ter valor; ser pecador ou não.

23. Indica que é incomodado por sentimentos de inadequação- ou diz que não gosta de si próprio

24. Indica que é incomodado por sentimento de culpa.

Resposta à crítica

25. Indica que se sente ferido - ou esmagado quando criticado.

(*) Este item não foi usado na nossa entrevista, pois essas informações já aparecem na 1a. parte.

(**) Destina-se somente a pessoas internadas.

Que faz quando uma pessoa lhe dá um conselho?

Relações interpessoais- Como se dá com as pessoas?
Que tipo de aborrecimento tem com as outras pessoas?

Em quem você sente que mais pode confiar?

Que mais aborrece ou perturba você?
Por que?

Como se sente quando está com as outras pessoas?

Como as pessoas parecem se sentir a seu respeito?

E seus amigos?
(Como se sentem a seu respeito)
As pessoas falam muito sobre você?

(Quando?) (Onde?) (O que dizem?)

Irritabilidade- Sente-se frequentemente irritado ou frustrado?

26. Indica que fica zangado quando criticado ou que tem o costume de rejeitar conselho.

Relações interpessoais

27. Queixa-se da forma como é tratado por companheiros ou estranhos.

28. Queixa-se amplamente da forma como é tratado por pessoas que ocupam posição de poder ou autoridade.
(ex. membros da equipe médica, polícia, patrão).

29. Queixa-se amplamente de membros da família, amigos ou associados.

30. Indica que não pode confiar em outras pessoas ou que é excessivamente desconfiado de suas intenções.

31. Menciona sentir que as pessoas se aproveitam ou abusam dele.

32. Exprime ciúme, rivalidade ou inveja amarga em relação a membro da família, amigo ou associado.

33. Menciona sentir-se inibido ou desconfortável quando com as pessoas.

34. Indica sentir-se distante ou isolado das pessoas.

35. Diz que reside só ou gosta de estar sozinho.

36. Diz sentir que as pessoas o evitam, rejeitam e não gostam dele.

37. Diz amar ou ser amado por alguém que não conhece (ex. entrevistador).

38. Indica sentir-se praticamente sem amigos.

39. Diz que as pessoas o olham e falam dele quando as circunstâncias indicam não ser isto verdade.

40. Diz que as pessoas conhecem suas culpas, faltas ou problemas quando as circunstâncias indicam não ser isto verdade.

Irritabilidade

41. Admite que se irrita ou frustra com facilidade.

Raiva- Com que frequência sente raiva?

Durante quanto tempo se sente assim?

Se admite raiva:

(Como mostra sua raiva?)

(Como você fica zangado?)

(Quando fica tão zangado machuca alguém?)

Educação - Com que frequência V. fica sonhando acordado? Se não estiver claro: (...fazendo-fantasia?) (O que V. pensa?) - (Durante quanto tempo...?)

Que tipo de pensamentos incômodos, importunos, V. tem (além - do que já me contou)?

Que tipo de pensamentos você - tem que outras pessoas não entenderiam?

Você tem pensamentos sem sentido, de que você não pode livrar-se ou tirar da cabeça?

Se os itens 47,48,49 ou 50 forem assinalados Verdadeiros:

(Com isto... afeta seu trabalho de todo dia (sua rotina diária) ou o que você faz?)

queixas Físicas - Fale-me sobre suas condições físicas (sua saúde).

Que parte do seu corpo o incomoda?)

(O que pensa que está errado?)

(O que o médico disse que está errado?)

42. Diz que praticamente nunca se sente zangado.

43. Indica que se sente zangado ou furioso a maior parte do tempo.

44. Diz que não mostra sua raiva.

45. Indica que tem raivas visíveis ou crises de raiva.

46. Menciona que machuca ou - ataca pessoas ou alguém.

Educação

47. Admite gastar muito tempo em pensamentos não produtivos, fantasiosos.

48. Indica que medita frequentemente sobre certos sentimentos e pensar desagradáveis.

49. Indica que tem pensamentos bizarros ou estranhos.

50. Indica que tem pensamentos recorrentes que ele considera sem sentido.

51. Indica que seus sonhos diurnos, preocupação ou pensamentos incômodos interferem com a realização de sua rotina diária.

Queixas Físicas

52. Indica que sente numerosas dores ou mal funcionamento físico.

53. Queixa-se de mal funcionamento motor ou sensorial para o qual o médico não encontra base orgânica - (ex. paralisias ou anestésias). reação de conversão.

54. Pretende que 1 órgão ou sistema esteja doente - quando as circunstâncias sugerem isto não ser verdade delírio somático.

55. Fala de fraqueza, palpitações, tonturas ou oscilações.

56. Diz que tem crises, convulsões, ou períodos em que não recorda de nada do que aconteceu ou que fez [amnesia, fuga] .
- Imagem Corporal - Como você se sente com respeito ao seu corpo? 57. Indica que se aborrece com o tamanho ou aparência de seu corpo ou parte de seu corpo.
- (De que modo você está insatisfeito?) 58. Diz que é feio, desfigurado, ou horrível.
- E que acha de sua aparência? 59. Diz sentir-se fisicamente inferior a outros.
60. Diz que tem um cheiro corporal peculiar e persistente.
61. Diz que, inexplicavelmente, uma parte do seu corpo mudou em tamanho ou forma.
62. Diz que seu corpo está se deteriorando ou apodrecendo.
63. Diz que alguém está na sua mente ou corpo (ou que é possuído por um espírito ou demônio).
- Rituais- Há algum ato que você tem que repetir uma porção de vezes, ou que não pode parar de repetir, como constantemente ver-se deixou a porta aberta ou fechada ou contar as coisas? (O que você faz?) (Quanto tempo - isto leva?) 64. Menciona algum ato ou rotina que ele repete excessivamente e que não consegue controlar (ex. lavar as mãos) [compulsão]
65. Indica que os atos repetitivos ou rituais tomam muito do seu tempo.
- Sexo- Como está sua vida sexual? (Que tipo de vida sexual tem?) (Como se sente a respeito?) (Como satisfaz seus desejos sexuais?) 66. Indica que praticamente não tem desejos sexuais.
67. Admite desejos ou atos homossexuais.
68. Indica que tem medo de ser ou tornar-se um homossexual.
69. Admite impulsos ou atos exibicionistas, "voyeuristas", -fetichistas, masoquistas ou sádicos.
70. Indica que continua tendo relações heterossex. c/conhecimentos causais.
- Há alguma coisa sobre sexo ou sua vida sexual que o aborrece? 71. Indica que é impotente, frígido ou insatisfeito com sua atuação sexual.
72. Indica que se sente preocupado com masturbação.
73. Diz algo que indica uma atitude abertamente negativa em relação a sexo (ex: "aborrece-me" "não preciso disto")
- Cansaço: Cansa-se facilmente? 74. Indica sentir-se cansado, -sonolento ou sem energia.

Movimentos- Sente que seus movimentos estão mais lentos do que de costume?

(É difícil para você mover-se?

Apetite, alimentação- Como está seu apetite ?

Se o entrevistado queixa-se da Comida

(O que não está bem com sua comida?)

78. Queixa-se de gostos estranhos ou raros (ex. gosto de esperma, sangue ou veneno na comida).

79. Queixa-se de que sua comida tem gosto ou aspecto de suspeito ou de que ele está sendo envenenado.

Aluc. Olf. - Nota algum cheiro raro ou estranho?(O que cheira? (Quando cheira isto?) (Hã..... próximo quando cheira isto?)

Sono:- Você dorme bem?

Pensamento Como está funcionando sua mente? (Ou cabeça?)

(Como está seu pensamento?)

Memória - Como está sua memória?

Imaginação- Fale-me sobre alguma coisa estranha(ou desconcertante, curiosa)que lhe aconteceu recentemente. Como está sua imaginação? Às vezes ela o engana? (prega-lhe peças?) (Quando?) (Onde?) Imagina reviver coisas que depois verifica ter sido só impressão.

Movimento

75. Admite que sente uma lentidão em seus movimentos voluntários.

Apetite,Alimentação

76. Diz ter mau apetite ou comer pouco.

77. Diz ter apetite voraz e comer demais.

Alucinações Olfativas

80. Indica que nota cheiros na ausência de estímulo externo identificado.

Sono

81. Indica que tem dificuldade no sono ou que precisa de drogas para dormir.

Pensamento

82. Menciona que seu pensamento está prejudicado ou - que costuma perder o fio do pensamento ou que não pode concentrar.

83. Queixa-se de pensar mais devagar que antes.

84. Menciona que sua memória está prejudicada ou que costuma esquecer as coisas.

Imaginação

85. Diz que se encontrou realizando certos atos sem perceber(ex. de repente descobre que está escrevendo).

86. Diz sentir-se como se estivesse fazendo coisas - que não desejava ou pretendia [comportamento automático]

87. Indica que tem um sentimento estranho como se uma experiência que está tendo, fôsse já familiar(codéjà vu).

Dist. Percep. - Às vezes o mundo pode parecer estranho ou irreal. Já sentiu as coisas assim?

Distorções Perceptuais

88. Indica que as pessoas parecem estranhas, ou distorc. ['ilusão'].

89. Indica que os objetos ou pessoas parecem estranhamente grandes ou pequenos. ['macropsia, micropsia'].

90. Indica que as coisas parecem irreais ou como em sonho

Sensações Corporais - Sente alguma sensação estranha ou rara no corpo?

91. Diz que sente "fora" do seu corpo, ou como se uma parte dele não lhe pertencesse ou como se fosse fisicamente separado das outras pessoas, ou flutuando ['despersonalização'].

92. Diz sentir coisas rastejando ou formigando no seu corpo ou que se sente elétrico ou c/ outras sensações esquisitas ['alucinações somáticas'].

Planos - Quais são os seus planos para o futuro?

Planos

93. Indica não ter planos para o futuro ou somente planeja ficar bom ou deixar o hospital.

Perspectivas - Como acha que as coisas ficarão para você no futuro?

Perspectivas

94. Fala de destruição mundial, do fim do mundo ou de todos estarem mortos. ['nihilismo'].

95. Indica uma atitude negativa ou sem coragem em relação às suas realizações ou feitos futuros.

Humor - Como está sua disposição para achar graça nas coisas?

Humor

96. Diz que perdeu seu senso de humor.

Se o entrevistado ainda não sorriu até este ponto, o entrev. sor. e perg:
(Você se esqueceu de como sorrir?)

97. Não sorri espont. ou em resposta a sugestões.

Recreação - O que você gosta de fazer para distrair-se?

Recreações

98. Diz que não há nada que goste de fazer.

Int. - Como está seu interesse pelas coisas?

Interesse

99. Diz que nada o interessa.

(Em que tipo de coisas está interessado?)

100. Diz que ~~se~~ ^{continua} desinteressar-se pelo que está fazendo.

Punição - Algumas pessoas acham que têm problemas por que estão sendo castigadas.

Punição

Você acha deste jeito?

(Por que pensa que está sendo castigado?)

101. Indica sentir que está sendo castigado por causa de seus pecados ou imoralidades.

102. Indica que deseja ser castigado.

Morte, suic. - Quando uma pessoa se sente deprimida ou sem esperança ela pode pensar na sua morte.

Você faz isso?

(Pensa em matar-se?) (Pensou em como se mataria?)

(Você deseja ser morto ou cometer suicídio?)

(Você vai tentar matar-se?)

Auto-Agres. - Uma pessoa qdo. fica muito transtornada pode deliberadamente ferir-se.

O que pensa disto?

(Você faz isto?)

Tomar decis. - Como é que você toma decisões?

110. Indica que não consegue definir-se ou que tem dificuldade em tomar decisões.

Idéias de ref. - Tem observado alguma coisa importante à sua volta que as pessoas parecem ignorar? (O q... significa?)

Sonhos - Qdo. foi a última vez que teve sonhos que lhe dão medo? (pesadelos?).

(Por que ele o amedrontou?)

(Sobre o que era o sonho?)

114. Diz ter sonhos nos quais ele é atacado, ferido ou morto.

Aluc. audit. - Ouve coisas que outras pessoas não podem ouvir?

(Ouve vozes?)

(O que lhe dizem elas?)

(O que ouve?)

(Quando acontece isto?)

(Onde está quando ouve isto?)

Morte, Suicídio

103. Indica pensar na sua morte.

104. Indica ter pensamentos de matar-se.

105. Indica desejar ou pretender matar-se.

106. Indica estar pensando em um método específico de suicídio.

Auto-Agressão

107. Indica que pensa em algum ato auto-agressivo físico (outro que não suicídio)

108. Indica que deliberadamente realiza auto-agressão física (não suicídio).

Tomar decisões

109. Indica que é apressado, impetuoso ou impulsivo.

Idéias de Referência

111. Admite detectar 1 referência pessoal em observações objetos ou fatos, aparentemente insignificantes [' idéias de referência]

Sonhos

112. Diz que tem sonhos que - dão medo.

113. Diz que tem sonhos nos quais alguma pessoa mais é atacada, ferida ou morta.

Alucinações auditivas

115. Indica ter percepções auditivas na ausência do estímulo externo identificável.

116. Indica ouvir ruídos ou música na ausência de estímulo externo identificável.

117. Indica ouvir vozes na ausência de estímulo externo identificável.

118. Indica que essas vozes - riem dele, ameaçam-no ou o acusam de más coisas.

(Quando aconteceu pela última vez?)

(Quantas vezes você ouviu esta semana?)

Aluc. visuais- Tem visões ou vê coisas que são invisíveis para outras pessoas? (O que vê?) (Quando acontece isto?) (Onde aconteceu isto p. última vez?)

119. Indica que essas vozes se referem ao seu grande poder, status e conhec..

120. Indica ouvir vozes ou outros sons imaginários - quase diariamente.

Alucinações visuais

121. Indica ter percep. visuais na ausência de estímulo - externo ident.

122. Indica perceber jatos de luz na ausência de estímulo externo identificado.

123. Indica perceber imagens formadas (pessoas, objetos) na ausência de estímulo externo identificado.

F. crenças.- Se uma resposta -
prévia sugere a presença de -
percep. na ausência de estímulo
ext. identificáveis (alucinações)
ou crenças pes.não verd.(del.)
pergunte para cada uma:

Falsas crenças

124. Indica sua convicção em - alguma crença pessoal - import. que não é verdadeira com certeza.

125. Insiste em que as aluc. q. relata sejam genuínas(ex. eu realmente ouço a voz de Deus).

(V. acha q. sua imag. pode estar enganando-o nisto q. V. me contou?)

Se os itens 124 ou 125 foram a notados c/verdade:
(Q. está faz.c/resp.a...?)

126. Indica agir ou planejar - agir em resp. à sua alucinação.(ex: fala com as vozes).

127. Indica agir ou planejar agir em resp.a alguma crença delirante (ex. denunciar ou perseguir-a polícia)

128. Alega poder ou conhecimentos além dos limites de credib. (ex. tem uma relação esp.c/ Deus, - pode ler a mente d/pes.)

129. Pretende que 1 conspiração organis. existe - contraêle qdo. as circunstâncias, mostram - quase certamente não ser verd.

130. Ind. acreditar estar sendo atacado, incom., - engan. ou perseguido qdo as circunstâncias - mostram cert. não ser verdade.

131. Alega que sua mente ou ações são controladas - ou influenc. misteriosamen. por outras pes.ou forças estranhas.

132. Assume a identid. de 1 figura famosa ou preten - de fama pessoal impossível.

133. Diz q. alguma pes. pode ler sua mente ou conhe - cer seu pensamento.

Atitudes ou Atos Anti-sociais

Pensa em coisas que acha ruins ou horríveis?
Sente que deseja fazer alguma coisa ruim ou cometer algum ato horrível?

(Como se sente a respeito...?)

137. Indica q. rouba ou costuma ter impulsos de roubar.

As 2 sessões próximas devem ser usadas paenas c/ entrevistados q. já estiveram em hosp.psiqu; podem ser omitidas na repetição - do teste.

Introsp.V. falou-me de alguns - prob. agora mas o que pensa q. - estava realm. errado qdo. teve que ir ao hosp,clínica?]

(V. pensa que estava/está doente?) (V. pensa q,V.teve/tem problema ou sint.psiq,mentais ou emocionais?)

Por que V. pensa q. ficou doente?tem esse probl. ou entrou - nesta situação?

144. Atribui sua doença, situação ou hospit. a alguém mais
Que acha q. você precisa ou - precisou p/melhorar, ficar bem?
(Pensa q. precisa, precisou de tratam.psiquiátrico?)

147. Diz q. o único trat. de que necessita é uma mudança de meio ambiente, dieta ou atividade, etc. apesar da evidência.

Como sua doença, cond., sit., - criou dific. p/ sua família ou outras pessoas à sua volta?
O que você gostaria de mudar?

Atitudes ou ações Anti-sociais.

134. Indica q. pensa em cometer ou sente que pode cometer algum ato horrível (ex. pode atacar ou matar alguém).

135. Ind. q. gosta de pensar em fatos trágicos ou horríveis.

136. Fala de 1 ato de crueldade, violência, incêndio, fraude ou roubo com com placência ou satisfação.

138. Indica incendiar ou costuma ter impulsos de incendiar.

139. Indica que conta mentiras

Introspecção

140. Insiste em que seu problema é primariamente físico apesar da evidência.

141. Nega ter estado doente - apesar da evidência.

142. Nega que seus sint. tenham tido import.psiquiát. apesar da evidência.

143. Dá uma explicação absurda ou uma expl. delir.p/sua doença ou dificultd.(ex: neblina, voz,tortura ment.)

145. Indica não reconhece q.- necessita ou necessitou-ajuda psiquiátrica.

146. Insiste q. outras pessoas (famil. amigos,etc.) deveriam mudar mas ã.êele.

148. Ind. não avaliar o efeito de sua doença, hosp. ou - comportamento nos outros.

149. Ind. que não reconhece - que ele necessita, necessariamente mudar sua atitude de alguma forma específica (ex. controlar seu temperamento)

Perspectiva em relação à doença.

Para entrevistado admitido recentemente:

Pensa que vai melhorar?

Para os demais:

Pensa que está melhor, sua situação melhorou desde que você veio?

At. Psic. - Por favor, abra seus dedos e faça o que estou fazendo.

O entrevistador deve estender os braços com as palmas das mãos para baixo e os dedos - abertos.

153. É lento em todos os movimentos.

Mem. remota - Agora gostaria de fazer algumas perguntas comuns: Onde você nasceu?

Em q. ano você nasceu?

Qual era o nome da la. escola - onde foi p/ o curso primário?

Perspectiva em relação à doença.

150. Nega que ele vai melhorar ou melhorou.

Atividade psicomotora
151. Resiste ou recusa fazer o que é pedido (sentar-se, estender as mãos).

152. Apresenta tremor nas mãos ou dedos.

Memória remota
154. Indica não lembrar de - onde nasceu.

155. Indica não lembrar o - ano que nasceu.

156. Indica não lembrar o nome da escola que foi no 1º ano.

157. Indica não lembrar o nome de solteira de sua mãe.

158. Mostra certa dificuldade em relembrar experiências passadas e segue essa dificuldade com detalhes evidentemente inacreditáveis. (confabul.)

Mem. recente - O que você comeu no jantar de ontem?

Memória recente
159. Ind. não se lembrar do que comeu no jantar de ontem.

Orientação - Em que cidade estamos? Qual a cidade mais próxima desta?

Qual é o nome deste lugar?

Se for em sua casa: (Qual é o endereço daqui?) (Que tipo de lugar é este?)

(É um lar, uma clínica, um hospital?)

Em que mês estamos?

Em que ano estamos?

Orientação
160. Ind. desconhecer o nome da cidade mais próxima.

161. Ind. não saber o nome da inst. ou o seu endereço.

162. Ind. desconhecer a natureza do seu meio ambiente (hosp. lar, etc.)

163. Ind. não saber o mês.

164. Ind. não saber o ano.

165. Identifica-se como 1 visitante, trabalhador ou membro da equipe ou nega ser um paciente.

166. Confunde o papel do entrevistador (pergunta se o entrevistador é 1 paciente, guarda, etc.)

Recor.- Perguntei-lhe sobre o -
seu apetite?

(Perguntei antes s/isto?)

Para 2a. avaliação:

(....c/tem dormido?)

Para 3a. avaliação:

(...c/sua memória está?)

Recordação

167. Indica não lembrar-se de uma pergunta prévia

168. Alega que é incapaz de realizar seu trab., dever escolar, domést., ou fazer qualquer coisa.

169. Menciona não ter rumo ou não saber onde ir.

170. Fala de contato, poder, conhecimento ou plano sensorial que, embora não seja impossível é pouco-provável.

Deixe-me ver se tenho todas as informações de que necessito.

171. Modo de responder ou falha em responder torna incerto haver ou não de lírios ou alucinações.

O entrevistador deve agora completar os itens seguintes. Se há dúvidas sobre algum item, o entrevistador deve repetir a questão correspondente, dizendo antes:

Não estou certo da sua resposta 172. Continua reintroduzindo assunto de suas crenças delirant.habituais.

173. Continua falando sobre o efeito de sua doença sobre os demais (família, amigos, etc).

174. Indica preocupação excessiva em religião ou exprime alguma idéia religiosa bem rara.

175. Continua mostrando arrependimento por alguma coisa que fez ou deixou de fazer.

176. Continua queixando-se de sua condição física - ou sintomas.

177. Continua reintroduzindo o assunto de suas alucinações correntes.

178. Indica que deseja ferir alguém.

Arranjo pessoal

179. Face suja ou sem lavar, apesar de haver comodidade p/lavar-se e barbear-se.

180. Cabelo despenteado, emaranhado ou opaco.

181. As roupas estão sujas ou desarranjadas.

182. As roupas são bizarras ou inconvenientes.

Atenção

183. Continua mudando a atenção para objetos sem importância ou sons acidentais

184. De momento a momento torna-se preocupado ou mostra lapsos de atenção.

185. Não dá atenção ao entrevistador por longo tempo.

Qualidade da linguagem

186. Linguagem cheia de longas pausas.
187. Constroi novas palavras (neologismos).
188. Para de falar abruptamente no meio da sentença de tempos em tempos.
189. Repete suas próprias palavras ou frases em forma mecânica (ex: "para viver"... "para viver"... "para viver"...) (perseveração).
190. Linguagem desorganizada e incoerente frequentemente
191. Linguagem desorganizada e incoerente às vezes.
192. Linguagem desorganizada e incoerente durante a maior parte do tempo.
193. Fala em voz fraca ou a voz torna-se fraca e desaparece.
194. Tom de voz sem variação (isto é, monótona).
195. Linguagem é indistinta ou inarticulada ou gaga.
196. Conserva-se mudando abrupta e rapidamente o tópico da conversação de modo que as idéias não são completadas [fuga de idéias]
197. Diz coisas justapostas às quais falta uma relação inerente ou lógica. (ex: estou cansado, todos têm olhos). [Falta de associação pelo som].
198. Combina palavras ou frases não relacionadas porque têm sons semelhantes (ex: estou triste, riste, partiste) [Associação pelo som].
199. Continua deliberadamente evitando responder às perguntas tornando-se inaudível ou ininteligível ou mudando de tópico ou alegando ignorância.
200. Dá explicações em forma ambígua, obscura ou críptica.
201. Fala de forma digressiva ou sem rumo [divagação].
202. O conteúdo da proposta às vezes tem pouco ou nada a ver com a pergunta feita [irrelevância].
203. Continua adicionando detalhes excessivos ou sem importância às suas respostas [circunstancialidade].
204. Fala ou resmunga para si mesmo.
205. Grita, berra ou fala em voz alta.
206. Continua xingando ou usando linguagem obscena.

Quantidade da linguagem

207. Não responde à maioria ou a todas as questões.
208. Responde só com uma palavra ou com frases curtas.
209. Fala seguidamente e continua resistindo interrupções
210. Diz apenas poucas palavras ou não fala de jeito nenhum.

Velocidade da linguagem

- 211. Fala com extrema rapidez e com raras pausas.
- 212. Fala com extrema lentidão.

Emoção

- 213. Tem uma expressão de tristeza ou apatia no corpo em postura abatida ou descoroçada.
- 214. Fala do seu problema sem sinal externo de emoção.
- 215. RI inapropriadamente durante a discussão de um tópico sério.
(não inclui embaraço simples).
- 216. Chora ou está lacrimoso.
- 217. Mantém uma expressão facial onde faltam sinais de emoção.
- 218. Mostra expressões faciais passageiras e que se alteram rapidamente.
- 219. Mantém-se sorrindo ou dando risadinhas em forma - tola.
- 220. Age alegremente e cheio de entusiasmo durante toda a entrevista.
- 221. Tem uma expressão amedrontada ou preocupada.
- 222. Continua exprimindo ódio ou desprezo.
- 223. Tem ataque de medo{pânico}.
- 224. Mostra grande alteração de humor.
- 225. Continua olhando zangado.
- 226. Continua virtualmente na mesma postura durante a entrevista.
- 227. Continua arranhando, beliscando ou mexendo na pele, etc.
- 228. Dá pancada com o punho sôbre a mesa ou bate os pés
- 229. Deliberadamente, rasga, joga ou quebra alguma coisa.
- 230. Continua com os olhos fechados ou a cabeça desviada.
- 231. Continua tamborilando os dedos sôbre a mesa ou sapateando com o pé no chão, etc.
- 232. Realiza cerimoniosamente algum ato aparentemente - irrelevante (ritual ou estereotipia).
- 233. Levanta-se e anda ã volta impacientemente.
- 234. Desveste-se ou expõe os genitais.
- 235. Continua inquieto ou contorcendo-se em sua cadeira

- 236. Assume poses estranhas sem razão aparente.
- 237. Apresenta tic, caretas (trejeitos) ou contração muscular involuntária.
- 238. Retorce-se ou contorce seu corpo.

Atitude em relação ao entrevistador

- 239. Tentar iniciar uma discussão
- 240. Pede ou tenta deixar a sala antes do fim da entrevista.
- 241. Faz gestos de ameaça ou ataque físico.
- 242. Copia a linguagem ou movimentos do entrevistador. (ecolalia, ecopraxia).
- 243. Faz sugestões ou avanços sexuais abertos (ex: acariciar).
- 244. Recusa-se a dar detalhes em uma área problema em discussão.

Como você se sente respondendo a estas perguntas?

- 245. Continua insistindo em que o entrevistador dê - conselhos ou intervenha a seu favor.
- 246. Exprime objeções à entrevista ou ressentim. por - ter de responder às perguntas.
- 247. Acusa o entrevistador de intenções más ou maliciosas.
- 248. É sarcástico, desdenhoso ou insultante em relação ao entrevistador.
- a) - Fala português tão mal que algum. respostas são - ambíguas.
- b - Entrevista não foi completada.
- 249. ADENDO: julga-se necessitado de tratamento médico- ou da ajuda de um psicólogo?

FOLHA DE RESPOSTAS - 1a. PARTE

1. -----

2. ----- 3. ----- 4. ----- 5.-----

6. -----

7. -----

8. -----

8'.-----

V(9)0 V(11)0 V(13a)0

V(10)0 V(12)0 V(13b)0

14. -----

V(15)0 V(16)0 V(17)0

18. -----

V(19a)0 V(19b)0

20. -----

21. -----

22. -----

23. -----

24. -----

CITAÇÕES BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, M.S.: Saúde Mental do Universitário. Neurobiologia - (suplem), 36: 1-12, 1973.
- Amado - Levi - Valensi, E.: Gare, V.S; Veil, C.: Hygiene Mentale et Condition etudiante. L'Hygiene Mentale, 45: 269-82, 1956.
- Amado-Levi-Valensi, E., Bloch: L'Hygiene Mentela et la condition etudiante. L'Hyg. Ment., 47, 81-95, 1958.
- Anastasi, A.: Testes Psicológicos, trad. Dante M. Leite. Edit. Univ. S. Paulo, S.P., 1973.
- Aberastury, A., Knobel M.: La Adolescencia Normal. Edit. Paidós, B. Aires, 1974.
- Azzi, E.: Elementos de Psicologia da Adolescencia (apostilas) Pont. Univ. Católica, S. Paulo, 1952.
- Baker, R.W., Nidorf., L.J.: Pattern of ocurrence of psychological disturbances in college students as a function of years level - J. Clin Psychol., 20: 530-31, 1964.
- Baker, R.W.: Incidence of psychological disturbance in college - students. J. Amer. Coll. Healt Ass. 13: 532-540, 1964.
- Bastide, R: Sociologia das Doenças Mentais, trad. Maurício / Rittner. Cia. Ed. Nacional, S. Paulo, 1967.
- Brown, G.W., Sklair, F: Life events and psychiatric disorders (I) Psychol. Med., 3, 74-87, 1973.
- Blum, R.H.: Case identification in psychiatry epidemiology: / methods and problems. Milbank Mem. Fd. Quart., 40, 253-1962.
- Baker, R.W.: Incidence of psychology disturbance in college / students J. Amer. Coll. Health Ass., 13, 532-40, 1964.
- Bosseur, C.: Introd. à Anti-psiquiatria, trad. Eduardo d'Almei da. Zahar Edit., Rio, 1975.
- Crown, S., Lucas, C., and Supramaniam, S.: The delineation and measurement of study difficulty in university students. Brit.J. Psych., 122, 381-93, 1973.
- Couch, A., Keniston , K.: Yea sayers and nay sayers: agreeing/ response set as a personality variable. J. abnorm. soc. / Psychol., 60, 151-74, 1960.

- Coleman, J.C.: A psicologia do anormal e a vida contemporânea, / trad. Dante M. Leite. Edit. Pioneira, S. Paulo, 1973.
- Caplan, G.: Principles of preventive psychiatry. Basic Books, / Inc. N. York, 1964.
- Dohrenwend, B.P., Dohrenwend, B.S.: Social status and Psychological disorder. J. Wiley and Sons, N.York, 1969.
- Danon Boileau, H.: Problèmes posés par l'Hygiène Mentale des étudiants . L'Evol. Psych.: 4, 809-842, 1956.
- Durkheim, E.: O suicídio - Estudo Sociológico, trad. Luiz Cary. Edit. Presença, Lisboa, 1973.
- Erikson, E.H.: Identidade, juventude e crise, trad. Alvaro Cabral. Zahar Ed. Rio, 1972.
- Farnsworth, D.L.: The growing importance of College Psychiatry Amer. J. Psychiat. 124: 630-631, 1967.
- Fávero, Rachel V.: Estudo Epidemiológico de sinais e sintomas de distúrbios de comportamento em um bairro de Ribeirão Preto . Tese de Doutorado, Fac. Med. Rib. Preto, 1972(não public.).
- Freedman, A.M., Kaplan H.I. et al.: Compêndio de Psiquiatria, trad. Jorge Freixas. Salvat. Ed. Barcelona, 1975.
- Freud, S.: Obras completas, trad. Ramon R. Ardid - Ed. Bibl. Nueva, Madrid, 1968.
- Freedman, A.M., Kaplan, H.I. et al.: Comprehensive Textbook of Psychiatry. W./Wilkins, Baltimore, 1975, 2nd.ed.
- Gatti, B.A., Feres, N.L.: Estatística Básica para Ciências / Humanas. Ed. Alfa Ômega, S.Paulo, 1975.
- Goode, W.V., Hatt, P.K.: Métodos em Pesquisa Social, trad. - Carolina M. Bori, Cia. Ed. Nacional, S.Paulo, 1960.
- Goldberg, D.P.: The detection of psychiatric illness by questionnaire: a technique for the identification and assesment of-non psychotic psychiatric illness . Oxford Un. Press, London, - 1972.
- Gazzano, A.V.: "Depression y suicídio: estadísticas", em Psicopatologia y Psiquiatria del Adolescente, Ed. Paidós, B. Aires, 1973.
- Hansell, N., Smith, W.G., English, J.T.: Community involvement mental health and roles performance . J. Nerv. Ment. Dis. 138 : 268-276, 1964.

- Hathaway, S.R., Mekinley, J.C. Inventário Multifásico Minesota de Personalidade (MMPI) - Manual. Trad. e adapt. de A. Banko e R.J. Simões. Ed. CEPA, 1956.
- Hinsie, L.E., Campbell, R.J.: Psychiatric Dictionary, 4 th. ed. Oxford Un. Press, London, 1970.
- Hurlock, E.: Psicologia de la adolescencia, trad. Washington - Risso. Ed. Paidós, B. Aires, 1967.
- Kohl, R.N.: The Psychiatrist as an advisor and psychoterapist for medical students . Amer. J. Psychiat. 108: 198-203,1951.
- Kidd, C.B.: Psychiatric morbidity among students. Brit. J. Prev. Soc. Med., 19, 143-50,1965.
- Kidd, C.B.: Caldbeck-Meenon, J.: A comparative study of psychiatry morbidity among students at two different universities. Brit. J. Psychiat., 112, 57-64, 1966.
- Knobel, M.: El síndrome de la adolescencia normal, em La Adolescencia Normal. Paidós, B. Aires, 1974.
- Klineberg, O.: As diferenças raciais, trad. Gioconda Mussolini. Cia. Edit. Nacional, S.Paulo, 1966.
- Loreto, G.: Contribuição do aconselhamento psicológico para a saúde mental dos universitários. Neurobiol. 28: 283-296,1965.
- Loreto, G.: Saúde Mental do Universitário . Neurobiol. 35 : 253-276,1972.
- Lucena, J.; Loreto, G.: Informação sobre o serviço de Higiene Mental para estudantes da Faculdade de Medicina da Univ. Fed. de Pernambuco . Neurobiologia 31: 43-50,1968.
- Lucas, G.J.; Crown, S.: Concept and Methods in Student Mental Health . Brit. J. Psychiat. 125: 595-603, 1974.
- Lucas, C.J., Kelvin, R.P.: Mental Health and student wastage. Brit. J. Psych. 112, 277-84,1966.
- Leighton D.C., Leighton, A.H.: "Mental Health and Social Factors", in Comprehensive Textbook of Psych. W. /Wilkins, Baltimore,1967
- Lin, T. Standley, C.C.: Importancia de los metodos epidemiológicos en Psiquiatria. O.M.S., Ginebra, 1964.
- Lucena, J.; Sette, P.; Souto Sette, M.C.: Algumas considerações sobre os resultados de aplicação de provas de inteligência e de estabilidade emocional a candidatos ao Curso Médico. An.Fac.Med.Univ.Recife 13: 65-94,1963.

- Murguía, D.L.: "Factores sociales, culturales y ambientales que influyen en el equilibrio del estudiante universitario." In Psychiatry Proceeding of the World Congress of Psychiatry, México, 1971. Edit. by Ramon de la Fuente & Maxwell Weissmann, Excerpta Medica.
- Nicholli Jr.: A.M.: Harvard Dropouts: some psychiatric findings Amer. J. Psych. 124: 651-658, 1967.
- Nick, E., Kellner, S.R.: Fundamentos de Estatística para as C. do comportamento. Ed. Renes, 2a. Ed. Rio, 1971.
- Nunez, R.: Aplicacion del M M P I a la Psicopatologia - El Manual Moderno, México, D.F., 1968.
- Ostow, M.: "Religion and Psychiatry", in Comprehensive Textbook of Psychiatry, W./Wilkins, Baltimore, 1975.
- Pacheco e Silva, A.C., Lipszic, Sônia L: Estudantes de Medicina de hoje. S. Paulo, 1962.
- Pucheu, C.R., Rivera, O.J. et al: "Desarrollo de un método para la prevencion secundaria de las desordenes mentales en estudiantes universitarios." In Psychiatry. Proceeding of the World Congress of Psychiatry, México, 1971. Edit. by Ramon de la Fuente & Maxwell Weissmann, Excerpta Medica.
- Pfromm Neto, S.: Psicologia da Adolescencia. Ed. Pioneira, S. Paulo, 1974. 4a. ed.
- Reid, D.D.: Los Metodos epidemiológicos em el estudio de los transtornos mentales. O.M.S., Ginebra, 1964.
- Rennie, T.A.C., Srole, L. et al.: Urban life and mental health. Amer. J. Psych. 113, 831.
- Rabello, O.: O estudante universitário. Un. Est. de Campinas. 1971.
- Rabello, O., Um estudo sócio-econômico do estudante universitário. Un. Est. de Campinas, /MEC/ INEP, 1974.
- _____: Aspectos regionais do mercado de trabalho para universitários. Univ. Est. de Campinas/INEP, 1974.
- _____: Universidade e Trabalho Univ. Est. de Campinas/ INEP, 1973.
- _____: "Primeiranista 72" Univ. Est. de Campinas, 1972.
- Sadock, B.D., Kaplan, H.I.: "Psychiatry and the Urban Setting", in Textbook of Compr. Psych. Wilkins, Baltimore, 2a. ed. 1975.

- Schoeler, C.: Birth order and schizofrenia. Arch. Gen. Psychiatr. 4, 91-4, 1961.
- Spitzer, R.L.; Endicott, J.: Psychiatric Status Schedule. N./ York State Psych. Inst., Dep. of Psych., Columbia, Un., 1968.
- Spitzer, R.L., Endicott, J.: Mental Status Schedule N.York. State Psych. Inst. Dep. of Psych., Columbia Un., 1966.
- Siegel, S.: Estatística não paramétrica. Ed. Mc Graw. Hill do Brasil, 1975.
- Smith, W.G., Hansell, N.: Psychiatric disorder in a college/ population. Arch. Gen. Psychiatr., 9, 351-61, 1963.
- Smith, W.G., English, V.I.: Mental illness and values in a / college population. J. Nerv. Ment. Dis., 138, 156-162, 1964.
- Skeley, B.: Los Tests. Edit. Kapelusz, B. Aires, 1973.
- Soares, G.A.D.: Integração familiar e neurose. Sociologia, / dezembro, 1964.
- Solomon, P., Vernon, V.D.: Manual de Psiquiatria, trad. Aron Gilman. Atheneu Ed., S. Paulo, 1975.
- Sampaio, E.; Lins, I.: Testes de inteligência e neuroticidade em estudantes com problemas emocionais. Neurobiol. 28: 329-336, 1965.
- Segal, B.E., Walsh, T.M.; Weiss, R.J.: Emotional maladjustment in an undergraduate population: an analytical assesment of six year trends . J. Amer. Coll. Health 14: 190-96, 1966.
- Smith, W.G.; Hansell, N.; English, J.T.: Values and Mental / Health in a College Population: a follow-up report . J. Nerv. Ment. Dis. 140: 92-95, 1965.
- Smith, W.G.; English, J.T.; Hansell, N: Mental illness and values in a college population . J. Nerv. Ment. Dis. 138: 156-162, 1964.
- Smith, W.G.; Hansell, N.; English, J.T.: Psychiatric disorder in a college population . J. Nerv. Ment. Dis. 9: 351-361, 1963.
- Segal, B.E.: Epidemiology of emotional disturbance among / college undergraduates: a review and analysis. J. Nerv. Ment. Dis. 143: 348-362, 1966.
- Vechio, T.V.: Predictive value of a single diagnostic test/

Referências Bibliográficas Específicas à Análise
estatístico-computacional.

- Anderson, T.W. - An Introduction to Multivariate Statistical Analysis. J.Wiley & Sons, Inc. London, 1958.
- Cochran, W. D. - Sampling Techniques. J.Wiley & Sons, Inc., New York, 1963.
- Dempster, D.P. - Elements of Continuous Multivariate Analysis, vol.I e II. Addison-Wesley, London, 1969.
- Hansen, Hurnitz e Madon - Sample Surveys Methods And Theory, Vol. I e II. Ed.Trillas, 1970.
- Lawley, D.N. and Maxwell, A.E. - Factor Analysis As A Statistical Method. Elsevier, N.York, 1971.
- Tatsuoka, M. Maurice - Multivariate Analysis. John Wiley & Sons, Inc., London, 1971.