

**MARIA CLÁUDIA ROBERTA TOMBOLATO**

**QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS  
PSICOPATOLÓGICOS DO ESTUDANTE  
UNIVERSITÁRIO TRABALHADOR**



**PUC-CAMPINAS  
2005**

**MARIA CLÁUDIA ROBERTA TOMBOLATO**

**QUALIDADE DE VIDA E SINTOMAS  
PSICOPATOLÓGICOS DO ESTUDANTE  
UNIVERSITÁRIO TRABALHADOR**

Pesquisa apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia, do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica.

**Área de Concentração:** Psicologia Clínica

**Orientador:** Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida

PUC-CAMPINAS  
2005

**GRÃO CHANCELER**

Dom Bruno Gamberini

**REITOR**

Prof. Pe. José Benedito de Almeida David

**PRÓ REITORIA DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO**

Profa. Vera S. M. Beraquet

**DIRETOR DO CENTRO DE CIÊNCIAS DA VIDA**

Prof. Dr. Luís Maria Pinto

**COORDENADORA DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

Profa Dra Vera Engler Cury

A meu pai Antônio (*in memoriam*) e minha mãe Doracy por terem me estimulado e apoiado em meus estudos.

Ao Luigi, Rafael, Marina e Raquel.

## AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida, que me acompanhou com disponibilidade, firmeza e rigor desde o início. Sinto-me grata pelos seus valiosos ensinamentos, que me proporcionaram crescimento.

À Dra. Marilda Emanuel Novaes Lipp e Dra. Tânia Maria José Aiello Vaisberg pelas brilhantes e oportunas sugestões quando do Exame de Qualificação.

Aos professores do Programa de Pós Graduação em Psicologia Clínica que colaboraram com minha formação.

Ao Prof. Dr. Maurício de Oliveira, Diretor do Centro de Economia e Administração da PUC-Campinas, ao Prof. Dr. Paulo Zuccolotto e Prof. Dr. José Antonio Olmos Diretores da Faculdade de Administração, e professores da faculdade que deram pronto apoio e suporte.

Aos alunos que participaram dessa investigação, sem os quais nada disto teria acontecido.

À Dra. Elisete Zanlorenzi pelas valiosas sugestões e amiga incansável no constante estímulo.

À Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães, à Dra. Maria Elenice Quelho Areias e à Maria Inalda Beraquet pela receptividade e valioso auxílio quando solicitado.

À Lucélia Vieira e a Noeliza Lima queridas colegas, grandes incentivadoras e primeiras colaboradoras deste projeto.

Ao professor Cecil Granado pela colaboração na análise de dados estatísticos.

Ao aluno Rafael Andrade Pereira que tão gentil e cuidadosamente auxiliou na coleta de dados.

A Regina e Wagner por me ajudarem no crescimento pessoal e que, junto com os colegas do grupo de estudos, agregaram novas forças e energia para este meu processo.

À Pontifícia Universidade Católica de Campinas, pelo apoio à capacitação, e aos professores e funcionários pela atenção e dedicação.

À Aparecida Tombolato, pelo apoio e carinho que tornaram possível esta etapa de minha carreira.

À minha família e amigos sou grata por terem compartilhado dos momentos de alegria, das angústias e ansiedades, e por terem compreendido e respeitado a distância física e afetiva durante a realização deste trabalho.

A Pós-Graduação faz parte de um processo que não percorremos sozinhos. É com a colaboração de várias pessoas que aprendemos, crescemos e podemos alcançar cada uma de suas fases. Foram experiências e conhecimentos compartilhados nesta empreitada, e a todos agradeço.

## SUMÁRIO

---

<b>SUMÁRIO</b> .....	ix
<b>TABELAS</b> .....	xi
<b>RESUMO</b> .....	xiii
<b>ABSTRACT</b> .....	xv
<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	xvii
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	1
1.1 Estudar .....	7
1.2 Trabalhar .....	13
1.4 Qualidade de Vida .....	21
1.5 Instrumentos de Medida de Qualidade de Vida .....	25
1.6 Qualidade de Vida e Trabalho .....	28
1.7 Qualidade de Vida , Estudo e Trabalho .....	31
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	39
2.1 Objetivo Geral .....	40
2.2 Objetivos Específicos .....	40
<b>3 MÉTODO</b> .....	41
3.1 Participantes .....	42
3.2 Material .....	44
3.3 Instrumentos .....	45
3.4 Procedimento .....	48
<b>4 RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	50
<b>5 CONCLUSÕES E SUGESTÕES</b> .....	71
<b>6 REFERÊNCIAS</b> .....	74
<b>7 ANEXOS</b> .....	85
7.1 Anexo A .....	86
7.2 Anexo B .....	88
7.3 Anexo C .....	90
7.4 Anexo D .....	91
7.5 Anexo E .....	94
7.6 Anexo F .....	95
7.7 Anexo G .....	96
7.8 Anexo H .....	97



**TABELAS**

---

	Página
Tabela 1. Distribuição da Amostra segundo variáveis sócio-demográficas e resultado do teste Qui-Quadrado (P-Valor) .....	43
Tabela 2. Média e Desvio Padrão e P-Valor (teste <i>t</i> ) das características demográficas por Situação de Trabalho para a resposta Whoqol (Dom1 e Dom2) (n=140) .....	55
Tabela 3. Média e Desvio Padrão e P-Valor (teste <i>t</i> ) das características demográficas por Situação de Trabalho para a resposta Whoqol (Dom3 e Dom4) (n=140) .....	57
Tabela 4. Médias e Desvios Padrão nos domínios do WHOQOL-bref segundo diferentes estudos brasileiros .....	60
Tabela 5. Média e Desvio Padrão e P-Valor (teste <i>t</i> ) das características demográficas por Situação de Trabalho para a resposta EAS 40 (Fatores 1 e 2) (n=140) .....	63
Tabela 6. Média e Desvio Padrão e P-Valor (teste <i>t</i> ) das características demográficas por Situação de Trabalho para a resposta EAS 40 (Fatores 3 e 4) (n=140) .....	64
Tabela 7. Médias e Desvios padrão encontrados em estudos com EAS-40 para Mulheres e Homens .....	66
Tabela 8. Correlação de Pearson entre o Whoqol-bref e o EAS-40 .....	67
Tabela 9. Correlação de Pearson entre domínios do Whoqol-bref e fatores do EAS-40 .....	68
Tabela 10. Média, Desvio Padrão, Amplitude e P-Valor (teste <i>t</i> ) para as categorias das variáveis resposta (Whoqol e EAS 40) segundo a Situação Atual de Trabalho .....	69

**RESUMO**

---

TOMBOLATO, M. C. R. (2004). Qualidade de Vida e Sintomas Psicopatológicos do Estudante Universitário Trabalhador. Dissertação de Mestrado. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, São Paulo, pp.xvii-118.

O Brasil registra mais de três milhões de estudantes no ensino superior, com presença dominante de escolas privadas. Conciliar cotidianamente estudo e trabalho tem sido uma demanda crescente nesta população. Este estudo realizou uma avaliação de grupos de universitários-trabalhadores com respeito à qualidade de vida, sintomas psicopatológicos e alguns fatores sócio-demográficos. Para isso, 122 estudantes universitários trabalhadores e 18 não trabalhadores da faculdade noturna de Administração de Empresas de uma instituição privada de ensino superior, no interior do Estado de São Paulo, responderam a três instrumentos: Questionário socio-demográfico, WHOQOL-bref (Fleck et al.,2000), e EAS-40/Escala de Avaliação de Sintomas (Laloni, 2001). Os resultados indicaram que o trabalho, ao contrário do que era esperado, não se mostrou variável que discrimina universitário trabalhador de não trabalhador, quanto à qualidade de vida nem a sintomas psicopatológicos, no geral. Apenas nas categorias mulheres e idade entre 18 e 22 anos, os domínios físico, meio ambiente e sintomas obsessivos/compulsivos apresentaram diferenças que foram significantes. Uma avaliação do grau de associação da qualidade de vida com sintomas psicopatológicos mostrou correlações negativas significantes tanto para os trabalhadores como para os não trabalhadores, exceto pelo domínio 4 – Ambiente no qual o coeficiente de correlação não chegou a ser significante embora negativo ( $r=0,36$ ,  $p>0,05$ ). Enfim, as mulheres e os mais jovens apontaram ser mais suscetíveis ao trabalho que, porém, não se mostrou ser um problema para a qualidade de vida e manifestação de sintomas psicopatológicos do universitário de uma maneira geral, sugerindo que se realizem futuras pesquisas com estes grupos que possam trazer maior esclarecimento a respeito.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida; sintomas psicopatológicos; universitário-trabalhador.

**ABSTRACT**

---

TOMBOLATO, M. C. R. (2004). *Quality of Life and Psychopathological Symptoms of Undergraduate Student Worker. Master thesis. Pontifícia universidade Catolica de Campinas. Campinas, São Paulo State, Brazil, pp.xvii-118.*

*Brazil has registered more than three millions of undergraduate students, prevailing private schools. A growing demand for this population has been to conciliate studies and work regularly. This search is focused on evaluation of quality of life, psychopathologic symptoms and social-demographic factors of a group of college students that also work. For this, 122 undergraduate student workers and 18 non-workers, of a night Business Administration faculty of a private university, from S. Paulo State, answered three questionnaires: social-demographic questionnaire, WHOQOL-bref (Fleck & et al.,2000), and EAS-40 / Symptoms Evaluation Scale (Laloni, 2001). Results showed, in general, differently than expected, that work was not a variable that would distinguish undergraduate worker from non-worker concerning to quality of life level and severity of psychopathologic symptoms, in general. Exceptions were: for women and age between 18 and 22 categories, on physical and ambient domain, and obsessive/compulsive psychopathologic symptom, that showed significant differences. Quality of life and psychopathologic symptoms were negatively correlated among the workers as far as for the non-workers, except on domain 4, in which the correlation coefficient did not reach significant levels although it was negative ( $r=0,36$ ,  $p>0,05$ ). So, women and youngsters showed to be more susceptible to work, but, in general, work did not show to be a problem for quality of life and psychopathologic symptoms manifestation among undergraduate students. This suggests further studies with these groups to clear up about it.*

**Key-words:** *Quality of Life; Psychopathological Symptoms; Undergraduate Student Worker.*

## **APRESENTAÇÃO**

---

A rotina diária de muitos jovens e adultos que vivem a situação simultânea de ser trabalhador e estudante universitário encontra condições peculiares no Brasil. No mundo moderno, o trabalho tornou-se um valor central e a escolaridade tem sido um diferencial competitivo de inserção no mercado de trabalho, o que tem elevado cada vez mais a busca pelo ensino superior, contando com a exigência, para alguns, de se manterem em dupla-jornada, ou seja, trabalhando e estudando.

Apesar disso, numa busca inicial na literatura científica, identificamos que poucos estudos têm sido desenvolvidos no Brasil sobre o estudante trabalhador.

Para contribuir para este conhecimento preocupamos-nos em avaliar e compreender alguns aspectos da condição do estudante universitário trabalhador.

Para isso, realizamos esta pesquisa partindo da questão se o trabalho estaria interferindo na qualidade de vida de estudantes em dupla-jornada.

Na Introdução, fazemos uma contextualização histórica e teórica levantando informações sobre a condição de estudar, especialmente quanto ao ensino noturno, e também, sobre o trabalho e a condição de ser estudante universitário trabalhador. A isto se segue uma apresentação sobre qualidade de vida, instrumentos de medida de qualidade de vida, qualidade de vida e suas relações com o trabalho, e, então, sobre qualidade de vida, estudo e trabalho.

Em seguida, expomos os objetivos gerais e específicos, o método, no qual caracterizamos os participantes, o material, os instrumentos e o procedimento adotado.

Seguindo, apresentamos os resultados obtidos durante todo o desenvolvimento do estudo e a discussão destes, as considerações finais e sugestões, de forma bastante sucinta. No final, listamos as referências e os *Anexos*.

No desenrolar do estudo, o leitor encontrará uma breve apresentação de um instrumento para a avaliação de sintomas psicopatológicos uma vez que sua inclusão foi oportuna e enriquecedora para a presente pesquisa.



Nós devemos atribuir o mais alto valor não em viver, mas em viver bem.

Sócrates

## **1 INTRODUÇÃO**

---

O conhecimento sempre foi o mais poderoso instrumento ao alcance da pessoa e da sociedade para resolver problemas e atingir objetivos. É sabido que o bem econômico de qualquer país no processo competitivo do mundo globalizado é o capital intelectual que ele produz. Neste paradigma, nem o aluno-trabalhador, nem a universidade, enquanto instituição formadora, podem ficar alheias às mudanças. Uma universidade hoje, necessita estar ligada às transformações do tempo, precisa considerar as evoluções da sociedade e do mercado de trabalho, sem necessariamente estar subjugada a este.

Dentro das organizações, o conhecimento é visto como o elemento mais importante: são os chamados ativos intangíveis, que se realizam através dos conhecimentos e informações que o indivíduo possui. A riqueza é produto do conhecimento (Stewart, 1998).

Experenciamos um mundo de trabalho, especialmente após os movimentos recentes da globalização e os novos paradigmas emergentes nesta área, que remetem os trabalhadores a uma idéia e exigência contínua de melhoramento. Isto se faz presente em campanha sustentada na mídia assim como nas relações econômicas internacionais. Aprender mais e mais, em busca de excelência e desenvolvimento de competências, apresenta-se como contingência para manter-se com boa empregabilidade (Minarelli, 1995; Trassati & Costa, 1999). Desenvolver e gerir competências não é mais uma escolha, mas um imperativo para se conseguir a manutenção no mercado de trabalho (Fernandes, 2002; Neri, 1999).

Na educação, o conceito de competências está ligado à formação de pessoas, ao desenvolvimento de habilidades e à estimulação de atitudes (Grant, 1975 *apud* Trassati & Costa, 1999), razão pela qual sua definição é um conjunto de conhecimentos, habilidades e comportamentos dos indivíduos, passível de treinamento. Para alcançar os parâmetros de performance pessoais compatíveis com o novo contexto estratégico do mundo do trabalho, jovens e adultos investem em cursos e faculdades que possam lhe agregar competências como um diferencial competitivo. A formação profissional e o desenvolvimento humano são eixos estratégicos das políticas de qualificação dos trabalhadores diante das transformações operadas no processo produtivo. A crescente busca pelo conhecimento, pela rapidez de informações, pela inovação tecnológica e por

novos modelos de gestão da força de trabalho tem cada vez mais ampliado o grau de competitividade social e profissional.

Tal movimento tem se mostrado significativamente crescente nos últimos anos, levando a um aumento na busca pelos cursos superiores: a população universitária em 1998 era de 2.428.258, passando a 3.379.913 em 2002 (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP, 2003).

Convivendo com alunos graduandos em uma instituição de ensino universitário particular, temos observado que há duas categorias de estudantes. De um lado, uma população jovem, que participa da maioria dos eventos propostos; de outro, pessoas com menor disposição para participar das atividades. Pessoas que chegam atrasadas, que dormem durante ou nos intervalos de aulas, faltam ou se retiram antes do término das mesmas, queixam-se de cansaço ou mal-estar físico e psicológico, algumas chegam até a pedir auxílio psicoterapêutico ao professor.

Contato mais prolongado com esses alunos sugeriu que aquela parcela mais atuante seria composta por estudantes não trabalhadores e a outra parcela, por estudantes trabalhadores, muitos dos quais seriam arrimos de família.

Observamos também, de forma assistemática, ao longo dos últimos anos, mudanças na qualidade de vida dos alunos de graduação: embora um tempo atrás, as turmas matutinas se caracterizassem por alunos não trabalhadores e as do noturno por alunos trabalhadores, isso tem mudado. Ou seja, gradativamente, mais alunos de cursos diurnos estão se engajando em algum trabalho, ainda que nos cursos noturnos concentrem-se os estudantes que trabalham.

Estas observações partiram de minha experiência como docente em vários cursos universitários, matutinos e noturnos, de uma universidade particular, sem que esteja assim presente na literatura. Relataremos algumas experiências, especialmente de aulas práticas, que foram significativas neste sentido.

Recentemente, conduzimos a disciplina “Corpo: um caminho para a consciência”, que continha alguns exercícios de percepção, compreensão e consciência de emoções, atitudes e escolhas, focalizados na dinâmica saúde x trabalho x qualidade de vida. Cerca de 450 alunos universitários cursaram esta disciplina. Observamos as vivências e as várias verbalizações. Em algumas turmas, os alunos foram convidados a responder um formulário de

acompanhamento e avaliação de treinamento. Em uma parte do formulário individual que os alunos preencheram assim que chegavam para início do curso, eles poderiam assinalar em um desenho simples de corpo humano (de frente e de costas), se havia áreas de desconforto ou dor que percebessem no seu corpo. Uma verificação inicial dos 108 formulários preenchidos, mostrou que quase 90% indicaram sinais nestes desenhos, e muitos deles, em mais de um local. Fomos sensibilizados sobremaneira com este índice, especialmente por se tratar de uma população tão jovem (79% se concentram na faixa de 18 a 28 anos).

No mesmo formulário constavam duas perguntas com o seguinte conteúdo: 1) “Como você está se sentindo psicologicamente/ emocionalmente? Escreva três palavras (ou expressões) que melhor se apliquem”, e 2) “Como você está se sentindo fisicamente? Escreva três palavras (ou expressões) que melhor se apliquem”. As respostas obtidas dos estudantes trabalhadores foram categorizadas segundo os seguintes aspectos: 1) conteúdo (respostas agrupadas por critério de afinidade conceitual, sinônimos e de semelhança de significado), 2) psicológico/emocional, 3) físico. Sendo que cada uma era qualificada como tendo sentido negativo ou sentido positivo. As frequências obtidas foram transformadas em porcentagem.

Nas respostas de conteúdo psicológico/emocional os resultados apontaram: sentido negativo em 66% das palavras/ expressões e positivos em 34% do total. Nesses, as categorias mais frequentes foram: cansaço (13%), ansiedade (11%), alegria (10%) e estresse/nervosismo (10%).

No aspecto físico, os conteúdos das palavras/expressões foram qualificados negativos em 86% e positivos em apenas 14% do total. Aqui, as categorias mais contempladas foram: cansaço (31%), dor (13%), sono (11%) e tensão corporal (6%).

Os resultados globais de autopercepção que consideramos de aspectos penosos / não saudáveis compareceram na ordem de 75%, e de aspectos considerados saudáveis na ordem de 25%. Neste grupo de dupla jornada, que trabalha e estuda, foi significativa a predominância de condição não-saudável ou problemas com o bem-estar dada pela autopercepção (Vicentim, Piccoli, Maciel & Tombolato, 2003).

Supomos que a qualidade de vida e saúde do estudante trabalhador está mais afetada do que naquele que apenas é estudante. O estudante

trabalhador parece apresentar mais sintomas psicossomáticos. Estaria a dupla jornada significativamente trazendo repercussões a qualidade de vida e promovendo problemas de saúde? Que condições poderiam estar correlacionadas e serem consideradas de risco?

Estudar as relações entre qualidade de vida e a condição de estudante universitário-trabalhador, como nos propomos nesta pesquisa, é relativamente complexo: envolve, entre outros aspectos, contexto de ensino, contexto de trabalho, contexto organizacional e escolhas subjetivas. Consideramos prudente descartar interferências ou riscos de vieses previsíveis para que se atinja confiabilidade nos resultados. Algumas escolhas no delineamento do presente estudo balizaram-se em questões como:

1) As universidades particulares e as públicas, embora tenham vários aspectos em comum, apresentam diferenças importantes para se levar em conta quando se pretende um estudo como este. Algumas variáveis do tipo: necessidade de pagamento de mensalidades (o envolvimento de recursos financeiros, próprios ou familiares, dos estudantes) e cultura institucional (ritos, rituais, procedimentos, valores, filosofia, fluxos, etc...) devem ser especialmente consideradas pois, além de complexidade, podem trazer vieses interpretativos no estudo. Da mesma forma, deve-se tomar cuidado quando a população estudada envolve culturas urbano-regionais diferentes, mesmo sendo os participantes todos oriundos de universidades particulares. Pela complexidade do controle destas variáveis, focalizar a amostra dentro de uma única organização é uma opção prudente.

2) Padrões da cultura organizacional ou institucional têm sido considerados dentre os fatores determinantes de cognições, comportamentos e saúde das pessoas que dela fazem parte (Wagner III & Hollembeck, 2000) e isto teria grande peso sobre a qualidade de vida.

3) Quanto ao trabalho, estudantes trabalhadores provêm de vários ambientes, condições e situações. O que eles têm em comum é que realizam uma dupla jornada: de um lado com seu compromisso laboral e, de outro, com seu compromisso com os estudos. Nesta classe, a cultura e condições originais de trabalho presumem serem bem variadas e extensivas – como será apresentado mais adiante. Mas, alguma informação básica, como horas de jornada semanal, pode nos ajudar no foco do estudo.

Com essas considerações para a pesquisa que propomos, procuraremos conhecer algumas variáveis do trabalho. E, para minimizar interferências indesejáveis, focalizaremos o universo dos alunos-trabalhadores provenientes de uma mesma instituição de ensino, geograficamente localizada em uma metrópole.

Novos paradigmas emergiram no mundo do trabalho e da educação e eles parecem estar causando impactos, à medida que estas mudanças econômicas e sociais estejam afetando a saúde e qualidade de vida das pessoas. Esta relação mostra-se bastante presente na situação em que vivem os estudantes universitários, em especial aqueles que estudam e trabalham. Conhecer melhor estas relações significa dar subsídios mais precisos para direcionar e ativar processos na ordem do trabalho e na ordem da educação, para que não se sacrifique a condição de saúde e qualidade de vida humana, tão preciosos e almejados.

Reportagem veiculada nacionalmente pela TV Globo, no Jornal Nacional de 17 de outubro de 2003, noticiou:

*O Ministério da Educação informou que o número de cursos universitários mais do que dobrou em 5 anos. Para quem tem condições de pagar uma faculdade particular ficou mais fácil entrar na faculdade. Só no ano passado, seis faculdades novas foram criadas por dia: das 246 novas faculdades, apenas 12 públicas. O ensino gratuito continua para poucos. 11,95% dos alunos de graduação estão em universidades públicas, enquanto 88,1% estão nas particulares. As maiores oportunidades de estudar ainda estão nas regiões mais desenvolvidas: 50% dos alunos matriculados estão na Região Sudeste e 5% na Região Norte. 450 mil novos alunos entraram na faculdade no ano passado. O número de matrículas cresceu quase 80% em 5 anos. Mesmo assim, o direito ao ensino superior é um privilégio para poucos. Para expandir, o Ministério da Educação quer aumentar os cursos noturnos. "Há um envelhecimento da faixa etária no ensino superior, e, apesar de ter crescido em quantidade...mas, estamos longe de patamares aceitáveis para o produto interno bruto e o tamanho do Brasil", comenta Luiz Araújo, presidente do INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais. Para*

*levar mais alunos às universidades, o Ministério da Educação quer investir em ensino noturno, expandir ensino à distância e dar bolsas de estudo para alunos da graduação. O desafio é: aumentar a oferta oferecendo ensino de qualidade.*

Observamos, por esta notícia, que há um posicionamento claro do Governo em expandir o ensino noturno sem cogitar sobre as implicações disto sobre a qualidade de vida da população. Ou seja, aparentemente, o problema se resolveria com maior oferta de vagas, sem que as implicações destas medidas sejam analisadas em maior profundidade, especialmente as concernentes à saúde mental desta população.

Tendo em vista que a qualidade de vida do universitário trabalhador encampa elementos do mundo do ensino universitário, do mundo do trabalho, de qualidade de vida e saúde mental, informações relevantes nestas áreas foram levantadas através de uma revisão da literatura.

## **1.1 Estudar**

O censo educacional do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP de 1999 apontava para 959.315 alunos universitários freqüentando o ensino noturno, dos quais 66,4% em universidades particulares. Em 2001, aquele número já havia aumentado para 1.734.936 (INEP, 2003), ou seja, uma grande parte da população estudantil brasileira só se escolariza em função da existência do período noturno.

Embora encontremos um certo número de estudantes universitários trabalhadores em cursos matutinos ou diurnos, a concentração destes predomina nos cursos noturnos, como resultado da forma como o trabalho está organizado em nossa sociedade.

O aluno matriculado no período noturno, na sua grande maioria, já está engajado em trabalho assalariado durante o dia, quase sempre em turno de oito horas. O estudo à noite parece representar um prolongamento da jornada de trabalho por mais quatro a cinco horas, tanto para o aluno, como, muitas vezes para o professor.

Esses aspectos sugerem serem decorrentes do modo como o ensino superior foi se construindo em nosso país. O ensino, de uma maneira geral,

sujeitou-se por muito tempo às orientações de nossos colonizadores, assim como os nossos primeiros colégios. Algumas informações históricas serão apresentadas para ajudar na compreensão desta questão.

Entre 1554 e 1570 os jesuítas fundaram cinco escolas de instrução elementar e três colégios, cuja organização seguia a orientação geral do Real Colégio das Artes, de Coimbra. Nesta época, a escola exigia dedicação exclusiva do aluno, não existindo cursos noturnos ou que fossem acessíveis aos trabalhadores (Cunha, 1986).

A história da criação da Universidade no Brasil apresenta uma resistência por parte de Portugal que, como reflexo de sua política de colonização, via na criação destas instituições um perigo advindo com a formação de profissionais que poderiam vir a contestar politicamente a coroa. Do outro lado, temos outra resistência da parte de alguns brasileiros que buscavam uma formação superior fora do país, em geral na Europa, não justificando assim, a importância da criação de uma instituição deste gênero no país (Fávero, 1977).

Com a vinda da família real ao Brasil, são criadas as primeiras escolas superiores, circunscritas apenas às cidades do Rio de Janeiro e Salvador. Segundo Fávero (1977, p.21):

*Estas escolas tiveram duas características: primeiramente, apresentavam um nítido “caráter profissionalizante”, e, em segundo lugar, foram criadas e organizadas como um “serviço público”, mantido e controlado pelo Governo, visando à preparação de pessoal para desempenhar diferentes funções na Corte.*

Em 1808, é criada a Academia Real da Marinha e, em 1810, a Academia Real Militar. As escolas superiores destinavam-se aos filhos de famílias abastadas, que podiam dedicar-se exclusivamente aos estudos. Sendo assim, o ensino era elitista e excludente (Fávero, 1977).

Segundo Fávero (1977), as escolas noturnas começaram a funcionar no Brasil-Império (1847-1889), nas províncias, com classes de ensino primário, destinadas a adolescentes e adultos analfabetos, utilizando-se as dependências das escolas primárias que estivessem ociosas à noite.

Salomé (2000) afirma que, por este tipo de ensino ter sido destinado àqueles que tinham necessidade de trabalhar e que serviam ao homem do povo



que vivia do salário, este início veio marcado de um preconceito que até hoje envolve o ensino noturno.

No período que corresponde aos anos 1909 a 1912, três universidades foram criadas, mas a Instituição Universitária somente tomou forma legal através do artigo 6º, do decreto nº 11.530, de 18 de março de 1915.

As Instituições Federais eram proibidas de criar cursos superiores noturnos. Apenas em 22 de dezembro de 1922 o Poder Executivo autorizou a criação de cursos noturnos nas instituições de ensino vinculadas à União. E, a partir de 1940, surgem as universidades particulares, com especial destaque para a atuação da Igreja Católica. Naquele ano foram reconhecidas a Universidade Católica do Rio de Janeiro e a Universidade Católica de São Paulo (Rossato, 1998).

Até os anos 60, a vida e a identidade do estudante eram bem distintas das do trabalhador. Foi a partir desta época, com o crescimento na categoria trabalhador estudante e a realidade de que uma parcela cada vez mais numerosa deles não conseguia permanecer no sistema educacional, a não ser que estivesse também exercendo uma atividade remunerada, é que vão surgindo faculdades no período noturno, a maioria em instituições particulares.

Carvalho (1984, p.35), aponta para a diferença de tratamento deste ensino salientando que:

*A instalação de cursos superiores noturnos reserva-se ao trabalhador estudante, e eram considerados mais fracos, de uma clientela mais difícil, onde os professores eram mais sacrificados, aparecendo também, a discriminação, uma vez que os alunos chegam às instituições cansados, devido ao excesso de trabalho, com fome, com falta de tempo real para os estudos, com falta de motivação e estímulo.*

E que o aluno dos cursos noturnos:

*Pelo fato de estar trabalhando ou procurando trabalho é que ele se matricula na escola. Isto é, pelo fato de pertencer à determinada fração de classe é que necessita trabalhar em idade de escolarização, portanto, só lhe resta matricular-se à noite.*

A necessidade de trabalhar para melhorar o orçamento familiar faz com que o número de estudantes do período noturno cresça. Para Furlani (1998), neste começo de século vamos encontrar trabalhadores em grande porcentagem

nas universidades particulares e públicas, mas em maior escala nas primeiras, especialmente no noturno.

Segundo dados do INEP no censo de 2003, instituições de ensino superior públicas somaram 209, enquanto no setor privado 1.769. O mesmo relatório aponta a seguinte relação de concorrência candidato/vaga: em universidades privadas o índice foi 9,4 candidatos/vaga, enquanto nas universidades públicas a relação foi 1,6 candidato/vaga.

Isto nos leva a supor que os estudantes estão pleiteando muito mais a colocação em universidades públicas, mas acabam submetendo-se ao que seria uma segunda opção: a universidade privada. Isto seria devido, dentre outras coisas - mas principalmente - pelo investimento financeiro que a situação envolve. Ser candidato aprovado para uma vaga em universidade particular pode significar, inclusive, um fator desencadeante para que o jovem precise se colocar num trabalho remunerado.

De acordo com a nova Lei de Diretrizes e Bases (LDB), de 1996, as Instituições de Educação Superior devem oferecer, no período noturno, curso de graduação nos mesmos padrões de qualidade mantidos no período diurno. Nas instituições públicas, a oferta noturna é obrigatória, desde que garantida a provisão orçamentária. Tavares e Chambouleyron (2001), durante o Fórum de Reflexão Universitária, realizado na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), apontaram que o desafio do ensino superior, no Brasil, para o século XXI, será concretizar mais vagas com qualidade.

Atualmente, já existe uma expansão das vagas noturnas no ensino público superior voltadas para a qualificação profissional, visando suprir esta carência no mercado (Salomé, 2000). Mas, é preciso considerar que essa expansão apresenta-se irregularmente distribuída no país. Segundo Araújo (2003), presidente do INEP, o ensino privado está condicionado à renda da população, e cresce nas regiões mais ricas, enquanto que nas regiões mais pobres, que mais precisam, não cresce o acesso à educação superior, incluindo o ensino superior público.

Com o mercado de trabalho exigindo uma qualificação maior de seus componentes, fazendo-se necessário que a mão de obra trabalhadora se qualifique, e, levando-se em consideração que existe muita mão de obra desqualificada já trabalhando, sempre foi necessário atender a estas pessoas.

Salomé (2000) entende que, como a Constituição afirma que a função do ensino superior é qualificar e atender às necessidades da sociedade, ao oferecer cursos noturnos de ensino superior sem prejuízo à jornada de trabalho executada por seus alunos durante o período diurno, estas instituições de ensino estarão se prestando à função social salientada pela Constituição.

É evidente a necessidade dos cursos noturnos na nossa sociedade, onde muitos dos estudantes precisam de um horário que lhes possibilite trabalhar e estudar concomitantemente. Ou seja, muitos só conseguem estudar porque trabalham e este tempo estabelecido para estudar é determinado pela jornada de trabalho.

Isto indica um posicionamento ideológico, segundo o qual o trabalho é visto como prioritário e, a educação só é valorizada na medida em que qualifica o trabalhador. Ou seja, a prioridade é o trabalho em detrimento da educação.

Furlani (1998, p.36) salienta que “os alunos da manhã provêm de camadas sociais mais altas e, os do noturno, vêm de famílias de camadas médias”, fato este que leva alunos a ingressarem no mercado de trabalho mais cedo e que, em conseqüência, resta-lhes a alternativa de uma graduação em período noturno.

As universidades públicas possuem poucos alunos freqüentando cursos de graduação no período noturno se comparadas às universidades particulares. Segundo dados fornecidos pelo INEP, acerca do Censo Educacional de 1999, dos 408.640 alunos matriculados nas universidades federais, apenas 20,1% (82.284) estavam cursando a noite. Esta relação mostra-se oposta nas instituições particulares: dos 1.321.229 alunos matriculados, em 1998, 66,4% (877.031) se concentravam em cursos noturnos.

Mantendo uma tendência identificada em levantamentos anteriores, o Censo do Ensino Superior de 2003 confirmou as mulheres como maioria entre os alunos que estavam matriculados nos 14.399 cursos de graduação. Elas representam 57% do total de 3 milhões e 480 mil alunos matriculados em cursos diurnos e noturnos. E, outro dado, é que a maioria das matrículas do ensino superior do País está concentrada no Sudeste, que detêm 50% das vagas de ensino superior.

Outras pesquisas na área trazem um perfil do aluno freqüentador dos cursos noturnos. Furlani (1998, p.33) apresenta como os professores

normalmente vêm estes alunos, diferenciando-os em relação aos alunos do período diurno:

*O aluno do diurno tem mais capacidade, freqüentou colégios de melhor “nível”, não interrompeu estudos, ... os que ingressaram precocemente no mercado de trabalho (antes da conclusão escolar) necessitam trabalhar oito ou mais horas por dia, com pouco tempo para o estudo. ... os alunos do diurno são mais novos; ... por outro lado, os alunos do noturno têm mais maturidade, maior interesse e experiência, participam, questionam e são mais responsáveis, mais “esforçados” que os do diurno, sendo estes classificados como imaturos e irresponsáveis.*

Alguns autores como Furlani (1998) e Carvalho (1984), apontam categorias existentes entre os alunos dos cursos noturnos, relacionadas a como cada um se mantém economicamente durante o período de estudos. São elas: o estudante – em tempo integral, o estudante trabalhador e o trabalhador que estuda.

O estudante em tempo integral é aquele custeado pela família durante o seu curso, seja ele no período diurno ou noturno, cabendo-lhe exclusivamente dedicar-se aos estudos.

A categoria do estudante que trabalha é compreendida como aquele que tem seu trabalho mas é mantido pela família.

E, a terceira categoria, diz respeito ao trabalhador estudante, que freqüenta o ensino superior e, durante outro turno, está vinculado a uma atividade produtiva mantenedora.

A diferença fundamental entre o trabalhador estudante e o estudante que trabalha, reside no fato de o primeiro não ser custeado pela família além de, em muitos casos, colaborar no orçamento doméstico.

Verifica-se que o que aparece mais comumente nas pesquisas nesta área (Cardoso, Ferraz, Siqueira & Guimarães, 2001; Iglesias, 2002; Mauro, 1996; Nunes, Negri, Montejani, Gabrielli & Pelá, 2001; Sousa, 1992; Souza, 1995) é o estudante que trabalha e o trabalhador estudante aglutinados na mesma categoria, simplesmente como estudante ou aluno trabalhador.

Para Furlani (1998, p.36):

*A possibilidade que alguns vislumbram é de aprofundamento em seu campo profissional de trabalho. Para outros, a ascensão profissional limita-se à melhoria na empresa em que já estão colocados, mediante o diploma, não importando o curso em que será obtida a graduação.*

Ao que acrescenta Salomé (2000, p.41), “diante de tal situação, o jovem é movido a procurar um curso que possa aliar ao trabalho, exercendo uma atividade remunerada que lhe dê condições de continuidade no estudo.”

Para Furlani (1997) o exame da escola noturna deve caminhar sempre ao lado de uma discussão de natureza política, pois as mudanças necessárias não se referem apenas aos cursos noturnos, de forma isolada, mas devem se dar, necessariamente, na sociedade que lhes deu origem. A preocupação com a nova sociedade do conhecimento, com as exigências do mercado de trabalho e com a formação de um cidadão crítico e transformador deve fazer parte desse processo.

## **1.2 Trabalhar**

A atividade laboral tornou-se um valor central no mundo moderno e o emprego ou ocupação transformou-se na forma básica de inserção nesta sociedade (Guimarães & Grubits, 1999). O trabalho invadiu o cotidiano fazendo crer que sem ele não haveria outra forma de manutenção da existência humana (Faria, 2000).

A palavra trabalho tem origem do latim *tripalium* que quer dizer castigo, e foi esse o nome dado a um instrumento aplicado aos escravos que não se esforçavam em seus deveres. Na Idade Média, *travail*, em francês, era a palavra usada para se referir a um aparelho para conter animais durante a cirurgia. Também, *labore* – a raiz da palavra inglesa *labour* - era uma referência direta a uma situação penosa ou de fadiga (Goguelin, 1980). Ao mesmo tempo, sabemos que o trabalho pode ser em certas circunstâncias uma terapêutica natural e essencial à felicidade humana. E que qualidade de vida e trabalho é uma articulação possível (Cardoso, 1999).

Trabalho eventualmente confunde-se com atividade, mas nem toda atividade humana é trabalho. Há uma correspondência necessária entre o trabalho e a produção de um determinado bem (material ou imaterial), que a

atividade não estabelece. Etimologicamente falando, a palavra trabalho aparece vinculada a um produto, enquanto a palavra atividade não (Cunha, 1987).

Sobre trabalho, Marx (1867/1985, p. 151), afirma:

*O trabalho, como criador de valores-de-uso, como trabalho útil, é indispensável à existência do homem – qualquer que sejam as formas de sociedade – é necessidade natural e eterna de efetivar o intercâmbio material entre o homem e a natureza, e, portanto, de manter a vida humana. (...) Antes de tudo, o trabalho é um processo em que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim, sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza interna. Desenvolve as potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo das forças naturais.*

Engels (1876/1985), em *Dialética da Natureza*, afirma que o animal apenas utiliza a natureza, mas, o homem a submete, pondo-a a serviço de seus fins determinados, imprimindo-lhe as modificações que julga necessária, isto é, domina a natureza. Para este autor, esta é a diferença essencial e decisiva entre o homem e os demais animais: é o trabalho que determina esta diferença, ou seja, é o homem produzindo, pelo trabalho, as condições de sua existência e de sua consciência.

A visão sobre trabalho apresentada aqui baseia-se em alguns autores pois este tema é desenvolvido em várias áreas do saber e algumas outras visões são possíveis.

O Relatório Mundial de Saúde da Organização Mundial da Saúde - OMS (2001) faz várias referências ao trabalho no contexto da saúde mental. O trabalho é visto tanto como fator que influencia a incidência e prevalência de doenças mentais, quanto como instrumento de prevenção, promoção de saúde e reintegração psicossocial.

Segundo o Informe do Comitê de Especialistas da OMS, “doenças relacionadas com o trabalho” são da mais elevada importância em termos de

Saúde Pública. Este mesmo documento, apresentado parcialmente na Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO (1992), chama atenção para os distúrbios comportamentais e doenças psicossomáticas como primeiros na lista de doenças relacionadas com o trabalho.

Conforme apresentado por Codo, Sampaio e Hitomi (1993), a psicologia moderna se desenvolve consciente que o seu objeto está na inter-relação entre o sujeito e o objeto, na dupla conformação entre o homem e o mundo, exatamente na tensão entre um e outro. Cada gesto, ação ou comportamento interessam na exata medida em que transformam o indivíduo à imagem e semelhança do mundo e o mundo à imagem e semelhança do indivíduo. Assim, o indivíduo aparece como uma totalidade que se realiza ao mesmo tempo em que se exterioriza por outra totalidade, a sociedade.

Em outras palavras, podemos afirmar que, para estes autores, o trabalho é portador da subjetividade humana e que o exercício da subjetividade humana depende da objetivação de si no trabalho.

A relevância de alguns aspectos psicológicos do trabalho já era foco de atenção nos primórdios da psicanálise: a recuperação da capacidade de amar e trabalhar era considerada como critério de tratamento bem sucedido (Rycroft, 1968/1975).

Assim, alguns programas ao proporem tratamento da doença mental, passaram a dar lugar privilegiado ao trabalho como fator de recuperação. Considera-se que através do trabalho produtivo, significativo, não-alienado, o indivíduo possa reconstruir sua identidade. O resgate de sua capacidade produtiva é, para o paciente, um importante índice de cura, pois, enquanto não pode trabalhar, ele mesmo se sente doente.

Vemos assim, a força do trabalho produtivo e significativo como fator de identidade e como força de recuperação. No reverso da medalha, no entanto, vamos encontrar o trabalho alienado como um dos fatores sociais participantes da etiologia das doenças mentais (Dejours, 1980/1992). Tal análise recebe confirmação de Gasparini e Rodrigues (1992) que referem haver evidências da atuação da cultura sobre o biológico, sobre o processo do adoecer e do curar.

Um dos nomes mais respeitados na área de estudos sobre o homem, Sigmund Freud, não tratou especificamente do trabalho, mas este é um assunto diluído em algumas de suas obras. Podemos resumir que, ao considerar que a

cultura repousa sobre a coerção das pulsões (Freud, 1930/1968), o trabalho, como uma construção da cultura, é fruto da repressão dos instintos.

Freud já percebera estar no trabalho a resposta a muitas questões humanas e a importância do trabalho na economia libidinal. Para ele, a sociedade desloca a energia sexual dos indivíduos para o trabalho, tendo que se reprimir os instintos, predominando então o princípio de realidade. Ele também considerara que as relações humanas associadas ao trabalho podiam descarregar impulsos libidinais, como os narcisistas, agressivos e eróticos, e, portanto, nem todo trabalho (princípio de realidade) e Eros (princípio de prazer) seriam tão conflitivos.

Marcuse (1955/1978), filósofo alemão, completa essa idéia afirmando que o conflito maior está entre trabalho alienado (princípio de desempenho) e Eros.

É interessante lembrar que, para Freud (1930/1968), a atividade profissional escolhida de acordo com disposições e interesses internos é um dos modos do indivíduo obter a satisfação de suas necessidades pulsionais, o que lhe possibilita considerar ou não seu trabalho como estimulante e gratificante. Além disso, a atividade profissional também parece ser uma das maneiras mais eficazes de inserir o indivíduo na realidade à sua volta, orientando-o e vinculando-o a determinados grupos.

O que significa que esforços humanos conjuntos podem se realizar para obter satisfação, ou seja, no processo de trabalho notam-se casos de colaboração, formação de vínculos que prolongam e consolidam as relações entre as pessoas a um ponto tal que excede o que é meramente produção econômica.

Por outro lado, podemos entender que o trabalho tem uma função estruturante na vida das pessoas, na construção de sua identidade. “O trabalho ... em nível pessoal, constitui uma das condições determinantes para a identidade e integração do indivíduo na sociedade” (Gasparini & Rodrigues, 1992, p.102).

A questão da construção e permanência da identidade tem sido há décadas foco de estudo da Psicologia. Ter uma identidade, além de ter nome, um status, uma situação, implica, antes de tudo, ter um lugar definido no mundo. Este lugar freqüentemente é dado pelo trabalho.

Segundo Guimarães (2002a), as pesquisas em saúde mental e trabalho convergem para três modelos teóricos principais: do estresse ocupacional, da saúde mental e trabalho e da psicodinâmica do trabalho.



Estudos sobre a saúde mental do trabalhador vêm apontar para o sofrimento psíquico presente na relação do homem com o trabalho especialmente quando este carece de significado (Dejours, 1980/1992), sob o olhar da psicodinâmica do trabalho. O indivíduo estressado pode modificar a organização de seu trabalho ao mesmo tempo em que o trabalho e o ambiente de seu trabalho são geradores de estresse (Vieira, 2001). Segundo Wagner III e Hollembeck (2000), equipes de trabalho estressadas podem ocasionar comunicação deficitária, desconfianças, ambiente agitado, desorganização com materiais, transgressões de rotinas, diminuição de produtividade e comprometer também a vida pessoal e familiar dos trabalhadores. O estresse ocupacional é extensamente estudado (Lipp, 1996; Vieira, 2001) e incluiu na literatura um termo específico para um quadro de estresse excessivo, relacionado ao trabalho, conhecido como “Burnout” (Codo & Vasques Menezes, 1999; Abreu *et al.*, 2002; Guimarães, 2002b; Reinholt, 2002). Mudanças nas forças produtivas e nas organizações de trabalho contribuem para aumentar a compreensão do que seja a relação entre o processo de trabalho e o processo de saúde-doença (Laurell & Noriega, 1989; Seligmann Silva, 1992).

Com relação ao trabalho, a saúde mental é um processo em que as agressões dirigidas à mente pela vida laboral são confrontadas pelas fontes de vitalidade e saúde representadas pelas resistências de natureza múltipla, individuais e coletivas, que funcionam como preservadoras da identidade, dos valores e da dignidade dos trabalhadores (Dejours, 1980/1992; Laurell & Noriega, 1989; Seligmann Silva, 1992).

Segundo Gasparini e Rodrigues (1992, p.104):

*A organização do trabalho é causa de uma fragilização somática na medida em que ela pode bloquear os esforços do trabalhador para adequar o modo operatório às necessidades de sua estrutura mental. O conflito entre a economia psicossomática e a organização do trabalho potencializa os efeitos patogênicos das más condições do ambientes de trabalho.*

Assim, a complexa relação entre homem e trabalho exemplifica bem a dimensão psicossocial no processo saúde-doença e está presente como um importante determinante da qualidade de vida.

Cabe observar que o entendimento das condições reais de saúde dos trabalhadores em nosso país exige uma caracterização do conceito “trabalhadores” ou classe trabalhadora.

A diversificação do mercado de trabalho no mundo contemporâneo, que passou a incorporar um amplo contingente populacional nas mais diferentes e novas empresas, organizações de serviços e organizações não-governamentais (ONGs) e, especialmente, com o fenômeno da terceirização da economia, mostra que a abordagem precisa ser mais ampla para dar conta da complexidade deste universo. Por outro lado, em nosso país, é grande o contingente de trabalhadores excluídos do mercado formal de trabalho. Por exemplo, há uma população trabalhadora sem “carteira assinada” e, que, portanto, não aparece nas estatísticas oficiais da Previdência Social. A maioria desta população faz parte do assim chamado “setor informal” da economia.

O trabalhador se identifica com o conceito de “força de trabalho”, abrangendo tanto os trabalhadores ativos como aqueles que, embora temporariamente excluídos, mantêm relação intermitente com o mercado de trabalho, formal ou informal (ABRASCO, 1992).

Todo esse contingente de pessoas tem recebido as novas exigências advindas das mudanças sócio-econômicas, provocadas sobretudo pelo movimento da globalização. Especialmente nas grandes cidades e centros urbano industriais, observamos o crescimento da exigência de um homem mais produtivo, um cidadão mais crítico e participante na sua vida política e social, sabedor de seu papel na sociedade (Trassati & Costa, 1999) e, assim, muitos trabalhadores tornam-se também estudantes. Parcela esta crescente a cada ano, e cuja necessidade de aprimoramento profissional se dá em busca de ensino superior, principalmente, noturno.

Esse trabalhador é chamado a agregar muito mais empenho e horas de estudos à sua jornada diária como forma de manter-se empregado (ou sua empregabilidade). Nem por isso, a ordem do trabalho ou a ordem das instituições de ensino têm comparecido significativamente para atenuar os efeitos dessas mudanças sobre a qualidade de vida e a saúde dos estudantes trabalhadores.

### 1.3 Estudante universitário trabalhador

Segundo uma definição no Estatuto do Trabalhador-Estudante de Portugal (1997), é considerado trabalhador-estudante:

*Todo o trabalhador por conta de outrem, independentemente do vínculo laboral, ao serviço de uma entidade pública ou privada e que freqüente qualquer nível do ensino oficial ou equivalente, incluindo cursos de pós-graduação, realização de mestrados e doutoramentos, em instituição pública, particular ou cooperativa. ... trabalhadores por conta própria e os que freqüentem cursos de formação profissional ou programas de ocupação temporária de jovens, desde que com duração igual ou superior a seis meses.*

No Brasil, não encontramos nenhuma referência semelhante nos órgãos oficiais ou outras fontes de dados. Nem, tampouco, dados quantitativos sobre a população em dupla jornada, ou seja, de trabalhador estudante. Com outras informações a que tivemos acesso, citadas abaixo, e cautelosamente ponderando que a análise ainda é insipiente, arriscamos estabelecer algumas relações bastante prováveis:

- Dados de dezembro de 2002 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), estimaram em seis regiões metropolitanas do Brasil que a população economicamente ativa (PEA) era de 18.708.096 e o PEA de ocupados nas mesmas regiões fora estimado em 7.645.000 (Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos - DIEESE / Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE, MTB/FAT & convênios regionais, 2002).

- Por outro lado, 3.479.913 é a população de alunos universitários no Brasil, dos quais, 66,8% freqüentam cursos noturnos. Podemos considerar que uma parcela do conjunto PEA de ocupados tenha intersecção com o conjunto de estudantes universitários, em especial, os de cursos noturnos.

Como o aumento no número de estudantes trabalhadores no Brasil nos últimos anos interfere sobre características do perfil de relações psicossociais, forma de administração do tempo, nos valores, na cultura e saúde da população (Cardoso *et al.*, 2001), podemos deduzir alguns efeitos sobre os compromissos das organizações de trabalho e das instituições de ensino envolvidas, a saber:

1) O ensino que se diga comprometido com a realidade dos alunos não pode deixar de examinar, analisar e refletir sobre a complexidade do mundo industrializado e o mercado de trabalho, que requer uma nova postura dos trabalhadores frente a essa nova realidade exigente de uma mão-de-obra mais preparada, bem como refletir sobre o papel destes indivíduos enquanto agentes de transformações sociais.

2) As organizações de trabalho têm uma responsabilidade com a sociedade. Ao repensar e reorganizar seus modos de trabalho e relações com seus colaboradores podem equacionar suas exigências com as novas necessidades (geradas em boa parte pela própria nova ordem da organização de trabalho) das pessoas que nela atuam (de tempo para estudar, respeito e recursos pelos esforços, por exemplo) e da comunidade em que se insere (por exemplo, de desenvolvimento social).

Em 2002 o Brasil registrou mais de 3 milhões de estudantes no ensino superior, com presença dominante de escolas privadas. O perfil do estudante-trabalhador concentrado em cursos noturnos de faculdades pagas afetou inclusive “a cara do movimento estudantil” (Speller, 2002): de foco político-social, talvez, estejam hoje mais preocupados com o valor das mensalidades e com a rápida obtenção de diploma.

Segundo Salomé (2000), esses indivíduos são levados a trabalhar e estudar ao mesmo tempo e, assim sendo, não há muita opção: ou só estuda e a família lhe garante os meios necessários, ou é obrigado a trabalhar para custear seu aprendizado. Sendo assim, a universidade noturna é praticamente a única alternativa para os trabalhadores que visam um curso de graduação.

Areias e Guimarães (2001) consideram que:

*“A duplicidade de papéis (estudantes/trabalhadores) tende a ser desgastante mas o investimento na educação é um meio de ascensão social, mobilidade na carreira e de ter empregabilidade (de poder se manter empregado). A escolaridade é uma forma de investimento a longo prazo e, no ambiente do lar existe uma tendência à valorização da mesma.”*

Na busca de estímulo pela educação continuada e como alternativa para a Educação Superior, surge a modalidade de Ensino à Distância, que visa suprir parte da demanda específica existente, carente de aperfeiçoamento, sem,

entretanto dispor de tempo hábil para deslocamento. Muitas vezes, o curso pretendido acontece em cidades distantes da moradia do aluno.

Atualmente, o modelo de Ensino à Distância coloca-se como um processo dinâmico e qualitativo, que possibilita ao estudante trabalhador qualificar-se em diversas áreas e níveis profissionais, dentro de um programa previamente conhecido.

O Ensino à Distância é legalizado no Brasil desde 20 de dezembro de 1996, com a Lei de Diretrizes e Bases da Educação nº 9394/96 e começa a estruturar-se com cursos em parcerias com empresas, suprimindo em parte, a necessidade de aperfeiçoamento. Mas, como apresentam os estudos de Dimarzio (2001), as aulas presenciais ainda superam a qualidade de aprendizado em relação às aulas não-presenciais. Embora surgindo a nova e interessante proposta de ensino, muito deve ser aperfeiçoado e as próprias universidades consideram que o ensino regular presencial estará dominando por muito tempo ainda.

#### **1.4 Qualidade de Vida**

A expressão qualidade de vida (QV) foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson em 1964, ao declarar que "os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas" (Johnson, 1964 apud Grupo WHOQOL, 1998, p.1).

O interesse em conceitos como "padrão de vida" e "qualidade de vida" foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos. A preocupação com o conceito de "qualidade de vida" refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar parâmetros mais amplos que o controle de sintomas, a diminuição da mortalidade ou o aumento da expectativa de vida. Neste sentido, QV é a inter-relação dos incontáveis fatores que moldam e diferenciam o cotidiano do ser humano e resultam numa rede de fenômenos, pessoas e situações.

Apesar da proliferação de instrumentos e o crescimento rápido da literatura voltada para medir a qualidade de vida (George & Bearon, 1980; Alvarez, 1996), não existe uma concordância quanto ao seu significado. Na

literatura médica, o termo qualidade de vida tem sido usado para distinguir diferentes pacientes ou grupos de pacientes. Os autores salientam que a qualidade de vida é diretamente proporcional ao status funcional, que é traduzido basicamente pela capacidade de desenvolver atividades diárias. Kaplan e Busch (1982), introduziram a expressão "qualidade de vida relacionada à saúde" para separar os efeitos da saúde, da satisfação no emprego, meio ambiente, e outros fatores que influenciam na percepção da qualidade de vida.

Segundo Nahas (1996 *apud* Alvarez, 1996), o tema Qualidade de Vida tem-se destacado na área médica (principalmente no que diz respeito às doenças crônico-degenerativas), nos estudos ligados às condições de trabalho, sobre o ponto de vista da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) e na perspectiva de lazer das pessoas.

Muitos fatores de natureza biológica, psicológica e sociocultural estão associados ao termo qualidade de vida, tais como: saúde física, saúde mental, longevidade, satisfação no trabalho, relações familiares, disposição, produtividade, dignidade e espiritualidade (Neri, 1993; Nahas, 1996 *apud* Alvarez, 1996).

Kagan e Kagan (1983) consideraram quatro dimensões da QV: profissional, sexual, social, e emocional. Defendem que a QV pode ser medida pela percepção que os indivíduos têm em relação à satisfação com a vida, incluindo satisfação com a família, com a vida social, sexual e as satisfações com as atividades física e trabalho.

Gill e Feinstein (1994), com o propósito de esclarecer a utilização do termo qualidade de vida, pesquisaram 579 referências bibliográficas que fornecem uma visão compreensiva sobre esta questão e verificaram que qualidade de vida, ao invés de ser uma descrição do status dos indivíduos, é uma reflexão do modo como eles percebem e reagem sobre o seu estado de saúde e outros aspectos médicos de suas vidas. Nos textos revisados, os autores afirmam que essas percepções e reações podem ser melhor determinadas se for sugerido aos pacientes darem pontuação e indicarem os principais itens que afetam sua qualidade de vida. Neste sentido, a qualidade de vida inclui não somente os fatores diretamente relacionados à saúde, tais como, bem-estar físico, funcional, emocional, bem-estar mental, mas também elementos como, trabalho, família amigos e outras circunstâncias da vida. E, é reconhecido que expectativas,

vitalidade, dor, incapacidades e experiências pessoais influenciam a percepção da pessoa sobre a saúde geral (Velarde-Jurado & Ávila-Figueroa, 2002).

"Condições de saúde", "funcionamento social" e "qualidade de vida" têm sido usados como sinônimos (Alvarez, 1996) e a própria definição de qualidade de vida não consta na maioria dos artigos que utilizam ou propõem instrumentos para sua avaliação (Gill & Feinstein, 1994). *Qualidade de vida relacionada com a saúde* ("*Health-related quality of life*") e *Estado subjetivo de saúde* ("*Subjective health status*") são conceitos afins, centrados na avaliação subjetiva do paciente, mas necessariamente ligados ao impacto do estado de saúde sobre a capacidade do indivíduo viver plenamente. Outros autores (Kagan & Kagan, 1983; Neri, 1993; Nahas, 1996 *apud* Alvarez, 1996) consideram que o termo *qualidade de vida* é mais geral e inclui uma variedade potencial maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados a seu funcionamento diário, incluindo, mas não se limitando, à sua condição de saúde e às intervenções médicas.

Garcia-Viniegra e Benítez (2000) realizaram uma análise da categoria bem-estar de um ângulo psicológico e estabeleceram pontos de contato com outras categorias sociais, tais como: desenvolvimento econômico, nível de vida, condições materiais de vida, modo de vida e estilo de vida. Para estes autores, qualidade de vida e bem-estar são conceitos intimamente associados.

Embora não haja um consenso a respeito do conceito de qualidade de vida, três aspectos fundamentais referentes ao constructo *qualidade de vida* foram obtidos através de um grupo de especialistas de diferentes sociedades: 1) subjetividade; 2) multidimensionalidade e 3) presença de dimensões positivas (por ex. mobilidade) e negativas (por ex. dor) (Grupo WHOQOL, 1998).

No artigo que discute saúde mental e qualidade de vida, Stepke (1997) destaca que os estudos sobre saúde mental devem ultrapassar os limites convencionais da psiquiatria e considerar suas relações com a qualidade de vida, na concepção subjetiva, multidimensional, complexa e dinâmica.

Para Ferrans e Powers (1990 *apud* Kimura, 1999), a compreensão de qualidade de vida deve basear-se na experiência de vida de cada pessoa e somente ela, de acordo com seus valores e preferências, é que pode julgá-la. Neste sentido, a essência da qualidade de vida estaria fundamentada na experiência de vida de cada pessoa, envolvendo a percepção subjetiva de

satisfação ou insatisfação com áreas da vida que são definidas como importantes para ela.

O desenvolvimento destes elementos conduziu à definição de *qualidade de vida*, pela Organização Mundial da Saúde, como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações" (Grupo WHOQOL, 1998).

Esta definição expandida e integrativa leva-nos a considerar o ambiente e situações em que pessoas e grupos estão envolvidos durante o seu viver, caracterizando diferentes fases da vida, já que a vida adulta é preponderantemente constituída por atividades sócio-culturais.

Dentre as principais atividades da vida sócio-cultural destacam-se o trabalho e o estudo.

As organizações de trabalho, as escolas de nível superior e as instituições sociais (de cultura, saúde, lazer, cidadania,...) que têm na sua essência um compromisso social deveriam estar norteando seus processos produtivos, de gerenciamento, de ensino, de comunicação, de inter-relacionamento social e ecológicos em consonância com os aspectos positivos da QV (Wagner III & Hollembeck, 2000). Organizações e instituições vivas e em constante renovação – pois a sociedade assim também o é - influem e são influenciadas pelos movimentos das pessoas que as compõem (Sartor, 2002). As empresas estão mudando, porque as pessoas também o estão e a sociedade, por sua vez muda, em função desta nova ordem (Salomé, 2000). Isto certamente afeta a QV. Conhecer alguns destes impactos, pode dar uma melhor noção quanto à direção que se deve tomar para uma vida – e uma sociedade – mais saudável e feliz.



## 1.5 Instrumentos de Medida de Qualidade de Vida

De acordo com Flanagan (1982 apud Oliver, Huxley, Bridges & Mohamad, 1996), os esforços para se medir qualidade de vida começaram nos Estados Unidos em 1960 com a atuação da *Eisenhower Commission on National Goals* (Comissão Eisenhower para os Objetivos Nacionais) e a ela se seguiram várias iniciativas governamentais.

Houve na última década uma proliferação de instrumentos de avaliação de qualidade de vida e afins, muitos deles desenvolvidos nos Estados Unidos com um crescente interesse em traduções para aplicação em outras culturas.

Os problemas multidimensionais e o nível de subjetividade envolvidos na avaliação da QV requerem instrumentos válidos, precisos e fidedignos (Velarde-Jurado & Avila-Figueroa, 2002). Conhecer os métodos de avaliação de QV permite a incorporação mais adequada desses instrumentos nas investigações desta área.

Para Gill e Feinstein (1994), os instrumentos podem ser satisfatórios para indicar o status de saúde, mas qualidade de vida é uma percepção individual relativa às condições de saúde e a outros aspectos que interferem na vida pessoal. A necessidade de incorporar as preferências e os valores das pessoas, é o que diferencia a qualidade de vida de todas as outras medidas de saúde.

Para Fox-Rushby e Parker (1990 apud Grupo WHOQOL, 1998), o conceito qualidade de vida não pode ser entendido desligado da cultura. Porém, encontramos em Grupo WHOQOL (1998, p.3), a citação de vários estudos que têm considerado que, “independentemente da nação, cultura ou época, é importante que as pessoas se sintam bem psicologicamente, possuam boas condições físicas e sintam-se socialmente integradas e funcionalmente competentes”, considerando existir num nível abstrato um “universal cultural”.

Atualmente temos em nosso meio alguns instrumentos de avaliação da qualidade de vida, tais como: a) o da Organização Mundial de Saúde, o *World Health Organization Quality of Life WHOQOL-100* e o WHOQOL na forma abreviada (*World Health Organization Quality of Life-bref Scale*), instrumentos genéricos para os quais foram feitas as versões para o português por Fleck, Lousada, Chachamovich, Vieira, Santos e Pizon, respectivamente em 1999 e 2000, b) o SF-36 (*The Medical Outcomes Study 36 itens – Short Form Health*

*Survey* de Ware e Sherbourne, adaptado para o português por Cicconelli (1997) em pacientes portadores de artrite reumatóide e que avalia a QV como qualidade de saúde geral (Kimura, 1999), c) o Índice de Qualidade de Vida (IQV) de Ferrans e Powers, traduzido e adaptado para o português por Kimura (1999) e d) o Inventário de Qualidade de Vida de Lipp (Lipp & Rocha, 1996).

Apesar de todos eles contarem com estudos de validação, acreditamos que o instrumento que avalia QV dentro de uma perspectiva genuinamente internacional, fruto de um projeto colaborativo multicêntrico e que na sua versão brasileira atende melhor aos requisitos de objetividade, simplicidade, rapidez e facilidade na aplicação em uma população universitária é o WHOQOL na forma abreviada (Fleck, 2000). Além disso, o compromisso de que resultados de seu uso em pesquisas sejam agregados a um centro de dados gerais em nível nacional e internacional, aumenta o valor científico de novos estudos com este instrumento.

A versão em português do Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS (WHOQOL-100), mantém a estrutura do instrumento original baseada em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio-ambiente e espiritualidade / religião / crenças pessoais. Quanto à versão WHOQOL-Bref (forma abreviada) é composta pelas 26 questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos extraídos do WHOQOL-100, e é composto por quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

Este instrumento tem recebido ampla aceitação nos estudos brasileiros em QV. Segundo a Lista Brasileira de Qualidade de Vida (anexo A), organizada por Tostes (2002), que reúne profissionais de saúde pesquisadores de instituições do país, o WHOQOL-bref tem sido utilizado em vários estudos.

A QV engloba saúde e bem-estar psicológicos e a avaliação de transtornos ou sintomas psicopatológicos respalda o trabalho da Psicologia (Rosensky, Sweet & Tovian *apud* Lalon, 2001). Assim, associar avaliação de QV com a utilização de instrumentos de avaliação de sintomas psicopatológicos, pode trazer novos recursos de atuação para os profissionais da área.

No que diz respeito à avaliação psicológica, existem inúmeros inventários para o diagnóstico sintomatológico de transtornos comportamentais dentro dos padrões de classificação dos transtornos mentais.

Encontramos na literatura o Symptom Checklist – 90-Revised : SCL-90-R. Este instrumento, desenvolvido por Leonard L. Derogatis (Laloni, 2001), é um questionário concebido como escala multidimensional de auto-avaliação e foi projetado para avaliar um amplo espectro de problemas psicológicos e sintomas psicopatológicos (em pacientes psiquiátricos e não pacientes).

A adaptação e versão em português desta escala foram desenvolvidas por Laloni (2001), a partir do seu estudo de precisão e validade. O estudo contou com 599 adultos pacientes clínicos de um hospital geral e utilizou como um dos critérios externos o QSG-Questionário de Saúde Geral de Goldberg (adaptado à população brasileira por Pasquali, Gouveia, Andriola, Miranda e Ramos, 1994, através de um estudo com amostra de estudantes, preponderantemente universitários).

Segundo Laloni (2001, p. 118):

*No estudo de validação concorrente ou simultânea as correlações entre a SCL-90-R e o QSG foram significantes, apesar do critério ter se mostrado menos sensível com a população estudada do que na amostra de universitários que serviu para sua padronização.*

Este instrumento recebeu uma adaptação como sugestão para uso em nosso país. A escala brasileira da SCL-90-R apresentada por Laloni (2001), à qual foi atribuído o nome de Escala de Avaliação de Sintomas-40 ou, simplesmente, EAS-40, está constituída com 40 itens distribuídos em quatro dimensões assim definidas: a) Psicoticismo, um contínuo entre psicose e depressão com sintomas de hostilidade e idéias paranóides, b) Obsessividade Compulsividade, um conjunto de sintomas de pensamentos e ações, repetidos acompanhados de desconforto nas relações interpessoais, c) Somatização, compreendendo sintomas comuns aos transtornos somáticos e somatoformes, e d) Ansiedade, um conjunto de sintomas desde a ansiedade generalizada até a ansiedade fóbica dirigida a situações ou objetos.

Esta versão brasileira apresenta três níveis de intensidade do sintoma, isto é, 3 pontos na escala Likert, dos quais 0 (zero) é indicativo de nenhum sintoma, o 1 (um) é indicativo de um pouco do sintoma e o 2 (dois) indicativo de muito do sintoma.

A escala pode ser administrada coletivamente e, o EAS-40, como proposto por Lalon (2001), torna o instrumento de fácil aplicação e correção, sem prejuízo de sua capacidade de discriminação.

Além deste aspecto de instrumentos de medida de QV e de associação com outros instrumentos, quando o estudo de QV se realiza balizado pela variável ser ou não trabalhador, é pertinente considerar a literatura sobre QV e sua relação com o trabalho.

## **1.6 Qualidade de Vida e Trabalho**

Nas organizações produtivas, tem-se procurado estudar o bem-estar humano. Estes estudos são realizados através de um conceito controvertido, amplamente debatido e referenciado como Qualidade de Vida no Trabalho (Wagner III & Hollembeck, 2000).

A expressão *qualidade de vida no trabalho* vem sendo utilizada desde os anos 70 nos Estados Unidos para ações das empresas. Ainda na América do Norte, o Canadá tem forte tradição nesse tema, especialmente nas ações e políticas sociais. Na Europa, a França tem uma das culturas mais críticas e dedicadas aos estudos de condições de trabalho.

Os especialistas franceses difundiram conceitos de psicopatologia do trabalho, sofrimento desagregador e sofrimento criativo no trabalho, questões do poder, mitos e inveja nas organizações (Aubert, 1993; Dejours, 1992; Lapierre, 1993; Vries, 1992; Vries & Miller, 1993). Introduziram também métodos de melhoria de condições mediante pesquisa-ação, pesquisa participante e práticas de discussão como o “espaço coletivo”, para conscientização e mudança organizacional por meio de decisões dos trabalhadores e da empresa sobre condições ergonômicas e doenças ocupacionais (Dejours, 1994; Limongi-França, 2003).

Nos anos 90, junto com as ações de gestão da qualidade de processos e produtos e a maior consciência do direito à saúde, multiplicaram-se ações, estudos e práticas sobre qualidade de vida no trabalho. Neste cenário, segundo Limongi-França (2003), observa-se que: de um lado, o ambiente provoca expectativas de mudanças nos comportamentos das pessoas e de suas qualificações, no que se refere à qualidade de vida; de outro, a educação, com

treinamento e desenvolvimento para cada nova mudança, é conduzido com maior ênfase ou não em qualidade de vida no trabalho.

Segundo Chanlat (1992), os vínculos do indivíduo com a organização onde ele trabalha, sua lealdade, participação e preocupação com o trabalho bem feito, serão tanto mais fortes se a empresa se interessar efetivamente pelas pessoas. Desta forma, a tendência atual para as empresas é que elas se preocupem com as condições de trabalho, as quais engloba tudo o que influencia o trabalhador dentro de uma organização, a saber: o posto de trabalho, o ambiente, os meios, a tarefa, a jornada, a organização temporal e a remuneração (Chanlat, 1992; Wagner III & Hollembeck, 2000). Além destes fatores, Pegado (1995), afirma que a alimentação saudável, a saúde e o bem-estar, também são fatores determinantes para o trabalhador.

A cultura organizacional tem uma forte influência sobre os trabalhadores. Fonte das percepções, pensamentos e sentimentos comuns, a cultura empresarial está presente nas ações, normas e valores das organizações de trabalho. Gasparini e Rodrigues (1992, p.100), escrevem que: *“Analisando as influências culturais sob o enfoque das manifestações psicossomáticas, existem estudos em que a atuação da cultura sobre o biológico se torna evidente, no processo do adoecer e do curar”*.

Estudos psicológicos dos ambientes e relações de trabalho relacionam estresse e qualidade de vida, fornecendo algumas evidências associadas aos desgastes. Apesar de muitas condições diferentes no trabalho servirem como fator estressante, cinco delas têm recebido maior atenção nas pesquisas existentes na área, sem que, necessariamente, reflitam a ordem de importância deles. Segundo vários outros autores citados em Spector (2002), estes fatores são: a) ambigüidade e conflito de papéis, b) carga de trabalho, c) nível de controle sobre seu trabalho, d) ritmo determinado pela máquina, e e) interações entre demanda e controle do trabalhador.

Sensíveis a esta realidade, encontramos instituições públicas e privadas de saúde desenvolvendo políticas de atenção nesta área. O órgão máximo de saúde da Organização das Nações Unidas (ONU) desenvolveu um levantamento internacional e análise que contempla questões do mundo do trabalho nas condutas recomendadas para prevenção e promoção em saúde mental.

O Relatório Mundial de Saúde da Organização Mundial da Saúde - OMS (2001) preconiza para o mundo do trabalho que o Governo deve promover incentivo aos empregadores e orientar uma política anti-discriminatória.

*O ambiente de trabalho deve ser livre de todas as formas de discriminação assim como de assédio sexual. É conveniente definir condições de trabalho aceitáveis e proporcionar serviços de saúde mental, direta ou indiretamente, através de programas de assistência aos empregados. As políticas devem maximizar as oportunidades de emprego para toda a população e reter as pessoas na força trabalhadora, particularmente por causa da associação entre a perda do emprego e risco de perturbação mental e suicídio. O trabalho deve ser usado como mecanismo de reintegração na comunidade das pessoas com perturbações mentais. As pessoas com perturbações mentais graves acusam taxas de desemprego mais altas do que as com deficiências físicas (OMS, 2001, p.174).*

Uma importante orientação manifestada em documento da Primeira Conferência Internacional em Promoção de Saúde (OMS, 1986; Akerman, 2002), é que o propósito da promoção da saúde é permitir que as pessoas tenham maior controle sobre os determinantes de sua própria saúde. Neste contexto, Burrows (1997), afirma que, nos ambientes de trabalho, a promoção da saúde se constitui habitualmente em educação para a saúde, intervenções dirigidas a mudar o comportamento dos trabalhadores, a fim de melhorar a saúde e diminuir os riscos associados. Este enfoque, segundo o mesmo autor, tem benefícios e limitações que não são enunciadas: a saúde mental de indivíduos e grupos no meio laboral, por seu impacto sobre a qualidade de vida e a produtividade, resulta ser um componente integral da gestão da empresa, assim como parte inerente de sua função social.

Para Karch (2002), um dos pioneiros na implantação de programas de promoção de saúde e qualidade de vida em organizações, os programas de promoção de saúde no ambiente de trabalho estão crescendo, inclusive em países emergentes. Funcionários saudáveis são fatores importantes em qualquer tipo de negócio, especialmente com a competição mais acirrada.

Podemos considerar que há uma complexidade de modelos e relações homem x trabalho que vão determinando diferentes nuances na dinâmica saúde x

doença, importantes para a compreensão de qualidade de vida e trabalho, intimamente relacionada com a qualidade de vida geral das pessoas.

### **1.7 Qualidade de Vida , Estudo e Trabalho**

Quando passamos a focalizar avaliações de QV de estudantes universitários trabalhadores, percebemos que estas têm recebido relativamente pouca atenção na literatura internacional e, nacionalmente, os estudos também são ainda em número muito reduzido (Oliveira, 1999; Souza e Guimarães, 1999; Cardoso *et al.*, 2001; Areias *et al.* 2001; Cerchiari, 2004).

Como já apontamos, no Brasil ocorre jornada regular de trabalho associada a uma jornada extra diária de estudos formais, geralmente noturna, dentro de um contexto sócio-econômico e de leis trabalhistas muito próprios, o que concorre para que esta temática seja praticamente inexistente nos estudos realizados em países norte-americanos e noutros do primeiro mundo.

É preciso considerar que estudos estrangeiros na área de qualidade de vida do estudante universitário trabalhador esbarram em diferenças culturais e diferenças nas várias formas de organização do trabalho e do ensino que ocorrem em outros países. Isto delinea condições não equivalentes de comparação entre a realidade de nosso país e dos demais.

Nos Estados Unidos, por exemplo, a produção de pesquisas em qualidade de vida do estudante ou mesmo qualidade de vida no trabalho é farta. Porém, a combinação de jornada dupla, trabalho efetivo e regular com estudo universitário regular, não ocorre na maioria das universidades. Por princípio, as universidades priorizam os estudos e mantêm políticas rigorosas de controle sobre os eventuais compromissos laborais de seus alunos. Por exemplo, a Universidade de Chicago, aceita um máximo de 19,5 horas semanais no período de aulas, e um máximo de 40 horas semanais no período de férias (Chicago University, 2004). O que parece ser mais comum quando o aluno trabalha, é a ocorrência de pequenos serviços prestados dentro da própria universidade ou “bicos” em serviços que exigem menor esforço. Algumas universidades possibilitam flexibilizar horários, estender prazos para conclusão de cursos, oferecer sistema de crédito de disciplinas (ao invés de seqüência de semestralidade). Algumas poucas universidades têm oferecido disciplinas entre

16hs e 21hs ou nos finais de semana. É preciso considerar, também, que as leis trabalhistas americanas permitem uma ampla variedade e flexibilidade de relações de trabalho, bem ao contrário das leis brasileiras.

Ainda nos Estados Unidos, ofertas de cursos intensivos para adultos, em geral submetidos aos programas fora do campus (*off campus programs*), pois realizam-se fora do *locus* usual da universidade, até mesmo indo para outros países, estariam atendendo alunos possivelmente trabalhadores, já que a maior parte das aulas concentra-se no final de tarde e à noite (Claremont McKenna University, 2004; International and Off-Campus Studies, 2004). Mas, não encontramos nenhuma descrição sobre esta população ou estudo que revelasse suas características.

Segundo Benshoff e Lewis (1992), em artigo publicado *on-line* por *The Educational Resources Information Center* (ERIC), os adultos que freqüentam uma escola enquanto mantêm responsabilidades, como emprego, família e outras compromissos de vida adulta, são definidos como “*nontraditional students*” (estudantes não-tradicionais). Eles recebem outras denominações diferenciando-os dos estudantes usuais. O mesmo artigo refere que este é um segmento que está crescendo e que estaria pressionando as instituições de ensino superior a repensarem o foco de seus programas acadêmicos e estudantis, por reconhecerem que os estudantes não-tradicionais têm necessidades diferentes. Isto implicaria, por exemplo, em flexibilidade no horário dos cursos, na orientação escolar, em assistência e apoio financeiro, e até maior acesso aos estacionamentos.

No México, segundo depoimento pessoal do Prof. Dr. Martin Meza Rocha, da Universidade do Gunajuato, em visita ao Brasil em setembro de 2003, não ocorre dupla-jornada, de estudo-trabalho, nas universidades do país.

Portugal desenvolveu um estatuto oficial normatizando algumas relações entre trabalho e estudo, com um tom que favorece os estudos (Estatuto do Trabalhador-Estudante de Portugal, 1997). Mas não encontramos mais evidências ou referências sobre o assunto para aquele país.

Estas informações sugerem que diferentes circunstâncias de ensino e trabalho mostram-se circunscritas às peculiaridades próprias de cada cultura e modo de organização social em que elas se encontram. Cardoso *et al.* (2001)



comentam que a realidade especial de ser trabalhador e estudante regularmente é típico em nosso país.

Alguns estudos brasileiros voltaram-se para as condições psicológicas e de saúde desta população.

Avaliando 66 prontuários da clientela de um programa de atenção em saúde mental junto a estudantes universitários, em uma cidade do interior do Estado de São Paulo, ao longo de 4 anos, Hahn (1994) identificou alguns fatores de maior vulnerabilidade e fragilidade emocional desencadeadores de situações de crise entre os alunos. Procedência geográfica, condições de habitação e os três primeiros semestres mostraram-se fatores significativos para as crises, seguidos de condições de equilibrar estudos e trabalho ou necessidades econômicas. Essas crises refletiram num predomínio de quadros psíquicos como ansiedade, depressão reativa e reações de ajustamento (Hahn & Ferraz, 1998). Estes dados são reveladores na medida em que nos indicam que o planejamento de ações educacionais e / ou comunitárias devam se dar prioritariamente nos dois primeiros anos de vida acadêmica.

Ferreira (1991), que estudou a representação de doenças e sintomas entre estudantes universitários em João Pessoa, no Estado da Paraíba, concluiu que as percepções e crenças que eles têm sobre as doenças são resultantes basicamente de fatores culturais e da experiência pessoal. Ou seja, os universitários estudados foram vistos como motivados a darem significado às suas sensações corporais, resultando na criação de representações leigas que implicam na maneira como eles enfrentam ou lidam com seus episódios de doenças.

Estudar o estresse, considerando-o referência para saúde mental e qualidade de vida, foi alvo de pesquisas conduzidas por Guimarães e Nogueira (2002) e por Zamlutti, Cassiolato e Pinto (2002), que focaram alunos do curso de Psicologia. Os primeiros autores coletaram dados de 103 universitários utilizando o Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL). Os resultados obtidos neste estudo apontaram significativa incidência da fase de resistência do estresse, e a área psicológica mais afetada que a área física. No estudo de Zamlutti *et al.* (2002), os autores levantaram dados de 107 alunos que responderam ao ISSL em duas ocasiões diferentes: em período normal de aula e em situação de prova. Os resultados permitiram uma avaliação comparativa entre os dados obtidos nos dois

diferentes momentos: houve uma significativa elevação no nível de estresse dos alunos quando em situação de provas, com predominância dos sintomas psicológicos.

Sintomas psicopatológicos em 113 universitários de cursos diurnos da área da saúde, em uma instituição privada do interior do Estado de S.Paulo, foi investigado por Silva (2004), num estudo de validação simultânea de escala de Avaliação de Sintomas/EAS-40. Efetivamente, os resultados apontaram médias inferiores às de um grupo de pacientes de ambulatório de hospital geral, para as quatro dimensões do EAS-40, significando que sintomas psicopatológicos apresentam-se significativamente com menor frequência entre os universitários.

A agitação do dia-a-dia, o cansaço acumulativo devido ao trabalho e aos estudos desencadeia irritabilidade, excitabilidade e alteração significativa na qualidade do sono dos trabalhadores provocando o cansaço crônico e, conseqüentemente, alteração no equilíbrio emocional dos mesmos. Foi o que Mauro (1996) identificou no seu estudo de saúde mental com adolescentes, entre 14 e 17 anos, trabalhadores e estudantes de escolas noturnas em um distrito da cidade de Campinas, SP.

Por outro lado, para o jovem, o trabalho, além de ser uma complementação no orçamento familiar, adquire o significado de liberdade, como concluiu Madeira (1988 *apud* Mauro, 1996) em estudo realizado com jovens estudantes trabalhadores.

Cardoso *et al.* (2001), com o objetivo de diagnosticar a saúde mental e a qualidade de vida de estudantes trabalhadores, desenvolveram estudo conduzido com 107 universitários trabalhadores brasileiros de uma universidade pública do interior do Estado de São Paulo nos quais foram aplicados os seguintes instrumentos: Questionário sócio-demográfico, QSG-Questionário de Saúde Geral de Goldberg, SWS (Stress Work-Survey) © Abreviado e WHOQOL-bref. Neste grupo, 68% tinham idade entre 20-25 anos, 59% do sexo masculino, 87% em cursos de Engenharia, 84% eram solteiros e 51% se mantinham com o seu trabalho. Foi identificada como queixa coletiva: que a faculdade não considera os alunos trabalhadores e eles esperavam um tratamento diferenciado. Os resultados mostraram que a maioria dos estudantes trabalhadores encontra-se prejudicada no que se refere a estresse psíquico e distúrbios de sono - nos testes SWS (Stress Work-Survey) © Abreviado e QSG-Questionário de Saúde Geral de

Goldberg, e com resultados no WHOQOL-bref apontando prejuízos nos domínios das relações sociais e meio ambiente, seguidos de domínio psicológico.

Junto aos resultados desta investigação citada, os autores desenvolveram uma reflexão destacando que é interessante notar que isso acontece não só na faculdade pesquisada, mas em todas faculdades do Brasil. Não existe um atendimento específico para estes jovens, que precisam dedicar oito horas diárias realizando suas atividades laborais, recebendo menos por sua mão-de-obra especializada, e, ainda, precisando dedicar-se às atividades acadêmicas, geralmente noturnas, das 19hs às 22:40hs, de segunda a sexta-feira. Isso sem ressaltar a dificuldade nos dias de provas, quando as empresas não os dispensam para poderem estudar. Quando o fazem, geralmente têm de repor estas horas nos finais de semana, aumentando a carga de trabalho.

Iglesias (2002), estudou a qualidade de vida de alunos trabalhadores da rede privada de universidades de São Paulo que cursam graduação em enfermagem. Através de um estudo descritivo, de corte transversal e com abordagem qualitativa apontou características sócio-demográficas, de trabalho e de estudo e analisou a qualidade de vida destes alunos utilizando o Índice de Qualidade de Vida de Ferrans e Powers (IQV) para medidas em relação aos aspectos saúde/funcionamento, sócio-econômico, psicológico/espiritual e família. Procurou também analisar as associações entre a qualidade de vida dos alunos pesquisados e as suas características sócio-demográficas de trabalho e de estudo. Com uma amostra de 218 alunos de último ano de graduação, os resultados apontaram dificuldades em vários aspectos, como no desempenho escolar devido ao cansaço, estresse e sonolência.

Utilizando como método de pesquisa o referencial fenomenológico, e uma amostra de estudantes-trabalhadores em uma faculdade particular de enfermagem, Sousa (1992) desenvolveu uma pesquisa para compreender por que trabalhadores procuram um curso de nível superior e mantêm-se na escola como estudantes trabalhadores apesar de enfrentarem muitas adversidades. Buscando descrever a percepção que estes têm de sua condição sócio-econômica e cultural, de suas adversidades, aspirações e expectativas, observou contradições importantes, na medida em que consideram quase inconciliável trabalhar e estudar. Neste grupo, estas contradições são superadas pelo nível de

aspiração e pela auto-imagem de “vencedores”, como recompensa pelo esforço pessoal.

As relações entre saúde e bem-estar e dupla jornada, trabalhar e estudar, também foi estudada por Nunes *et al.* (2001). Eles utilizaram entrevista semi-diretiva com 61 estudantes de curso superior de enfermagem e analisaram os dados através de estatística descritiva e análise de prova. Este estudo evidenciou que a fadiga, o cansaço e o sono prejudicaram a vida social desses sujeitos, afastando-os do convívio social, das relações familiares, do companheirismo e do namoro. Identificaram também que, mesmo tendo um estilo de vida conturbado, 41% dos alunos entrevistados passou a se respeitar mais e acreditar que os sacrifícios da situação eram compensadores.

Furlani (1997), investigou estudantes-trabalhadores de cursos noturnos das áreas de exatas, humanas e biológicas de três universidades particulares de Santos, Estado de São Paulo. O objetivo da pesquisa foi conhecer quem são os alunos do ensino superior particular noturno, suas características e o sentido que atribuem a seus itinerários escolares, na universidade, e profissional. Foram coletados dados via questionário com 696 alunos formandos e via entrevistas semi-estruturada com 8 formandos. Os resultados mostraram que a participação na vida econômica da família interfere nos projetos de futuro dos estudantes e que estes projetos sofrem também interferência das razões e motivações que os impulsionam à universidade. Os alunos atribuem múltiplos sentidos à trajetória escolar e profissional, relacionadas às suas vivências como estudantes, trabalhadores e cidadãos. Alguns destes sentidos são: conquista de um espaço e nível social melhor, desenvolvimento pessoal, ter uma visão mais crítica da realidade, participar melhor das decisões da comunidade, definir com mais autonomia o seu trabalho. Este mesmo autor destacou as lacunas de estudo sobre o ensino superior noturno em nosso país embora considere prioritário tanto do ponto de vista quantitativo como pelo que representa para aqueles que, tendo participado do mundo do trabalho, não encontram outro espaço para efetivar sua escolaridade e formação, já que inexitem políticas sociais que propiciem aos que trabalham horário exclusivo para estudo.

Areias e Guimarães (2001), num estudo para verificar a relação existente entre a Qualidade de Vida e Saúde Mental e, entre Qualidade de Vida e os Fatores Psicossociais de Risco de estudantes trabalhadores com 126

universitários trabalhadores de um curso de Administração de Empresas, identificaram: a) melhores resultados de QV nos domínios físico e meio ambiente, b) piores resultados em relações sociais onde a média apresentou-se significativamente abaixo das outras dimensões pesquisadas, e, c) resultados inferiores nas dimensões saúde e meio ambiente foram obtidos na área psicológica. Neste mesmo estudo, os alunos trabalhadores obtiveram resultados indicando que a Saúde Mental é significativamente menor do que o esperado (56% dentro da faixa de normalidade, sendo esperado 71%).

Num estudo com 558 estudantes universitários de vários cursos de duas universidades públicas do Mato Grosso do Sul, Cerquiari (2004) utilizou dois instrumentos auto-aplicáveis: questionário de dados sócio demográficos e o WHOQOL-100, para avaliar a QV e identificar características sócio-demográficas e do processo ensino-aprendizagem que poderiam estar relacionadas com a mesma. Neste estudo, as variáveis gênero, período, atividade remunerada, renda familiar e opção de escolha de curso mostraram correlação significativa com a QV dos estudantes, na qual o domínio mais prejudicado, comparado aos dados de pacientes de Fleck (1999), foi do meio ambiente.

Com base nestes estudos, consideramos que, enquanto a condição de trabalhador estudante não for questionada pela escola, a qualidade de vida do aluno não terá possibilidade de ser transformada, se bem que não basta que só a escola realize esse questionamento. É o próprio conceito de trabalho que precisa ser reformulado, assim como, as condições sócio-culturais e ideológicas da nossa sociedade e das organizações de trabalho.

Algumas experiências no sentido de solver problemas de qualidade de vida de quem estuda e trabalha têm sido conduzidas.

O Projeto Matrix, um projeto interinstitucional entre três universidades públicas no Estado de São Paulo, tem como sub-projeto um programa de atendimento a estudantes em geral, com atenção especial aos estudantes trabalhadores, intitulado: Saúde Mental e Qualidade de Vida de Estudantes Trabalhadores da Faenquil (Faculdade de Engenharia Química de Lorena). Este sub-projeto é viabilizado pelo serviço de atendimento psicológico e psicopedagógico em uma universidade, juntamente com pesquisas conduzidas pelos profissionais do Laboratório de Saúde Mental e Trabalho, da Unicamp (Cardoso *et al.*, 2001).

Em nosso país, algumas empresas já estão flexibilizando o horário de trabalho, negociando benefícios que incluem pagamento integral ou parcial de estudos (apoiados por incentivo fiscal), reconhecendo efetivamente os esforços do trabalhador estudante e desenvolvendo programas de qualidade de vida no trabalho. E, embora ainda mais “no papel” e nas intenções do que na prática, o movimento de qualidade de vida e trabalho tem ganho maior espaço nas instituições de trabalho, nas de ensino e na atenção dos estudiosos.

Com o intuito de contribuir, para a compreensão das relações entre níveis de qualidade de vida e o fato de ser trabalhador estudante e universitário, julgamos adequado realizar uma pesquisa que caracterizasse a qualidade de vida e saúde do ponto de vista dos próprios alunos em dupla jornada, buscando um aprofundamento acerca do conhecimento da realidade em estudo, sem contudo, ter a pretensão de esgotar o assunto.

Optou-se, nesta pesquisa, pela utilização de um instrumento que avaliasse qualidade de vida e fosse fundamentado em conceito multidimensional e amplo. Além disso, qualidades como praticidade e pouco tempo para preenchimento, com características psicométricas satisfatórias, foram buscadas. O WHOQOL-bref apresentou-se como a opção mais próxima aos objetivos deste trabalho.

Para desenvolver avaliação de sintomas psicopatológicos optamos pelo uso de um instrumento que já conta com versão brasileira, possibilita auto-preenchimento, praticidade de aplicação coletiva e de correção: o EAS-40.

A opção por estudar alunos de universidade particular decorre do fato de ser neste tipo de instituição que se encontra maior parte da população de universitários trabalhadores, e em crescimento, como apontado nos relatórios do INEP.

**2 OBJETIVOS**

---

## **2.1 Objetivo Geral**

Estudar a qualidade de vida e sintomas psicopatológicos de estudantes universitários trabalhadores de cursos de graduação de universidade particular.

## **2.2 Objetivos Específicos**

1. Avaliar a Qualidade de Vida de estudantes universitários trabalhadores e de universitários não trabalhadores para a amostra toda e segundo variáveis sócio-demográficas.

2. Avaliar a ocorrência de sintomas psicopatológicos de estudantes universitários trabalhadores e de universitários não trabalhadores para a amostra toda e segundo variáveis sócio-demográficas.

3. Avaliar o grau de associação entre qualidade de vida e sintomas psicopatológicos de estudantes universitários trabalhadores e de universitários não trabalhadores.

4. Estimar a diferença entre qualidade de vida de estudantes universitários trabalhadores e de universitários não trabalhadores.

5. Estimar a diferença entre sintomas psicopatológicos de estudantes universitários trabalhadores e de universitários não trabalhadores.



## **3 MÉTODO**

---

### 3.1 Participantes

Participaram 140 estudantes universitários adultos de ambos os sexos e com idade acima de 18 anos. Foram alunos do curso noturno de graduação em Administração de Empresas de uma instituição de ensino superior particular do interior do Estado de São Paulo, que concordaram em participar voluntariamente do estudo. Esta amostra foi extraída de um total de cerca de 20 mil alunos desta instituição, dos quais 2.158 alunos estavam no curso de Administração de Empresas e 1.459 destes últimos, em período noturno.

Foram critérios de inclusão e exclusão: alunos regularmente matriculados nos cursos de graduação e que, no momento da coleta de dados, estivessem cursando entre 3º e 7º semestre acadêmico. Excluídos foram os alunos em situação de desemprego e participantes que não estivessem em condição de responder aos instrumentos.

Destes, 122 eram trabalhadores, doravante denominados Grupo 1, e 18 não-trabalhadores, que serão denominados Grupo 2, conforme correspondência aos seguintes critérios de agrupamento:

Grupo 1 – *estudantes universitários trabalhadores*: aqueles que estão em exercício efetivo de algum trabalho remunerado. Este grupo inclui: empregados registrados em empresas, servidores públicos, autônomos, trabalhadores com negócio próprio ou não, exercendo atividades de produção de bens ou serviços e que recebam financeiramente por isso mesmo sem estar registrado oficialmente, e estagiários.

Grupo 2 – *estudantes universitários não trabalhadores*: aqueles que apenas estudam sem trabalhar ou que predominantemente estudam e que apenas esporadicamente exerçam alguma atividade remunerada, ou “bico”, sem necessidade básica deste ganho para sua manutenção.

As características demográficas dos participantes nos dois grupos estão dispostas na Tabela 1.

**Tabela 1.** Distribuição da Amostra segundo variáveis sócio-demográficas e resultado do teste Qui-Quadrado (P-Valor).

Característica sócio-demográfica	Categoria	Situação Atual de Trabalho				P-Valor	Total	
		Trabalhadores		Não Trabalhadores			n	%
		n	%	n	%			
		122	87,1	18	12,9	140	100	
Gênero	Feminino	72	59,0	10	55,6	0,781	82	58,6
	Masculino	50	41,0	8	44,4		58	41,4
Idade	De 18 a 22 anos	81	66,4	15	83,3	0,250	96	68,6
	De 23 a 27 anos	29	23,8	3	16,7		32	22,8
	≥28 anos	12	9,8	0	0,0		12	8,6
Estado Civil	Solteiro(a)	110	90,2	17	94,4	---	127	90,7
	Casado(a)	9	7,4	1	5,6		10	7,2
	Separado(a)	3	2,4	0	0,0		3	2,1
Condição de Saúde	Ruim	0	0,0	0	0,0	0,776	0	0,0
	Fraca	7	5,7	2	11,1		9	6,4
	Nem boa/Nem ruim	19	15,6	2	11,1		21	15,0
	Boa	54	44,3	7	38,9		61	43,6
	Muito Boa	42	34,4	7	38,9		49	35,0
	Excelente	0	0	0	0		0	0,0
Problemas de Saúde	Depressão	10	8,2	1	5,6	--	11	7,9
	Nervoso Crônico ou Emocional	9	7,4	0	0,0		9	6,4
	Câncer	2	1,6	1	5,6		3	2,1
	Prob. Coração	1	0,8	0	0,0		1	0,7
	Pressão Alta	0	0,0	1	5,6		1	0,7
	Gravidez	1	0,8	0	0,0		1	0,7
	Álcool ou Drogas	1	0,8	0	0,0		1	0,7
Prática Religiosa	Outros	19	15,6	1	5,6	0,630	20	14,3
	Nenhum	79	64,7	14	77,8		93	66,4
	Às Vezes ou Nunca	89	73,5	13	72,2		102	72,9
Jornada de Trabalho	Hábito Regular e Freqüente	26	21,5	5	27,8	---	31	22,1
	Não responderam	6	5,0	0	0,0		7	5,0
	Até 30h	17	13,9	--	--		--	--
Categoria Ocupacional	De 31 a 40h	44	36,1	--	--	---	--	--
	> 40h	61	50,0	--	--		--	--
	Industria	31	25,6	--	--		--	--
Recebe Apoio	Comércio	26	21,5	--	--	---	--	--
	Serviços	64	52,9	--	--		--	--
	Financeiro	38	31,1	--	--		--	--
Recebe Apoio	Moral	44	36,1	--	--	---	--	--
	Não recebe	40	32,8	--	--		--	--

--- Teste Qui-Quadrado não realizado devido a valores esperados menores que 5 ou porque tratavam-se de variáveis relativas a apenas um dos grupos.

Observamos através da Tabela 1, que os valores de p relativos às variáveis, gênero, idade, condição de saúde e prática religiosa, indicam que não

houve diferenças significantes entre o grupo de trabalhadores e não trabalhadores, quanto a estas variáveis. O mesmo podemos dizer em relação ao estado civil e aos problemas de saúde, apesar de ter ficado inviabilizado o cálculo do qui-quadrado para estas variáveis, em função das frequências insuficientes esperadas em mais de 20% das categorias examinadas. Em ambos os grupos houve, portanto, equilíbrio quanto aos sexos, predomínio de solteiros, com idade entre 18 a 22 anos, com nenhum problema de saúde e predomínio dos que não recorrem a práticas religiosas ou o fazem esporadicamente (às vezes). Quanto à condição de saúde, foi avaliada entre boa e muito boa em ambos os grupos, o que é congruente com o fato da maioria não ter indicado problemas de saúde.

Quanto à Jornada de Trabalho, Categoria Ocupacional e Recebimento de Apoio, tratam-se de variáveis pertinentes apenas à condição dos participantes trabalhadores. E, conforme observamos na Tabela 1, predominaram os participantes com jornada acima de 40 horas (50%) e que trabalham no setor de serviços (52,9%). No que concerne ao tipo de apoio recebido, a amostra encontra-se distribuída de forma equilibrada entre, apoio: financeiro (31,1%), moral (36,1%) e aqueles que não recebem (32,8%).

### **3.2 Material**

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B)
- Questionário Sócio-demográfico (Anexo C)
- Protocolos do:
  - WHOQOL-bref (Fleck *et al*, 2000) (Anexo D)
  - EAS-40 (Laloni, 2001) (Anexo E)
- Carta aos Diretores (Anexo F)
- Carta ao Comitê de Ética (Anexo G)

### 3.3 Instrumentos

Neste estudo foram utilizados os seguintes instrumentos: WHOQOL-bref, Escala de Avaliação de Sintomas EAS-40 e Questionário sócio-demográfico.

- WHOQOL-bref (Fleck *et al.*, 2000)

O WHOQOL-bref é uma versão abreviada do WHOQOL-100 e é composto pelas questões que obtiveram os melhores desempenhos psicométricos no WHOQOL-100. A versão abreviada é composta por 4 domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Meio Ambiente.

O domínio 1 Físico (Dom1) é contemplado com sete questões e compreende: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou tratamentos, capacidade de trabalho.

O domínio 2 Psicológico (Dom2), com seis questões, abrange: sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração, auto-estima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos, espiritualidade e crenças pessoais.

No domínio 3 Relações Sociais (Dom3) verifica-se através de três questões: relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual.

O domínio 4 Meio Ambiente (Dom 4), avaliado por oito questões, compreende: segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, participação em e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico: (poluição/ ruído/ trânsito/ clima) e transporte.

A análise dos dados do WHOQOL-bref não utiliza um escore ou valor geral do instrumento, mas sim permite acessar valores representativos relativos a cada um dos quatro domínios. Para cada uma das questões há graduações de resposta, que vão de 1 a 5, sendo que três questões têm seu escore invertido. A pontuação em cada uma delas é somada aos itens que compõem o seu domínio, resultando escores brutos em cada um dos quatro domínios medidos. Estes são transformados em escores que variam de 4 a 20, sendo que maior valor transformado corresponde a melhor nível de qualidade de vida no domínio medido.

A versão brasileira do WHOQOL-bref foi realizada segundo a metodologia preconizada pela OMS para este instrumento, atualmente disponível em 20 idiomas. As características psicométricas preencheram os critérios de desempenho exigidos: consistência interna, validade discriminante, validade convergente, validade de critério, fidedignidade de teste-reteste. A versão em português destes instrumentos foi desenvolvida no Centro Whoqol para o Brasil, no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (Fleck *et al.*, 2000).

Para a aplicação deste instrumento o indivíduo deve ser adequadamente informado sobre o objetivo da aplicação, o modo de aplicação e o destino dos dados obtidos. O instrumento deve ser respondido em somente um encontro. Deve ser enfatizado que todo o questionário refere-se às duas últimas semanas, independente do local onde o indivíduo se encontre.

Os escores registrados pelos participantes nos questionários são pontuados utilizando-se o programa estatístico “SPSS” que já é parte oficial integrante da publicação deste instrumento e está em forma de programa de *software*. A sintaxe necessária para realizar os cálculos também é fornecida em forma de *software* “8.7 sintaxe SPSS-WHOQOL-bref” (Grupo WHOQOL, 1998).

- Escala de Avaliação de Sintomas EAS-40 (Laloni, 2001)

A EAS-40 corresponde à adaptação para o português do *Symptom Checklist –90-Revised / SCL-90-R*, desenvolvido por Leonard L. Derogatis, um instrumento largamente utilizado na literatura internacional para avaliação de Sintomas Psicopatológicos, e validada para população clínica brasileira por Laloni (2001). É constituída com 40 itens, distribuídos em quatro fatores assim definidos: 1) Psicoticismo: um contínuo entre psicose e depressão com sintomas de hostilidade e idéias paranóides; 2) Obsessividade Compulsividade: um conjunto de sintomas de pensamentos e ações, repetidos acompanhados de desconforto nas relações interpessoais; 3) Somatização: compreendendo sintomas comuns aos transtornos somáticos e somatoformes; 4) Ansiedade: um conjunto de sintomas desde a ansiedade generalizada até a ansiedade fóbica dirigida a situações ou objetos.

A escala, de auto-relato, pode ser administrada coletivamente e a versão brasileira torna o instrumento de fácil aplicação e correção, sem prejuízo de sua capacidade de discriminação.

Cada um dos 40 itens equivale a um sintoma ao qual é atribuído o valor 0 = *Nenhum pouco*, 1 = *Um Pouco*, e 2 = *Muito*. Para o cálculo dos resultados, realiza-se a soma destes pontos no geral e em cada um quatro fatores sintomáticos. A soma geral é então dividida pelo número total de itens respondidos (isto é, 40 se todos os itens foram respondidos), resultando em escore geral do teste, cujo valor é associado ao nível ou intensidade de distúrbio psicopatológico de um indivíduo ou IGS - Índice Geral de Severidade. Procedimento semelhante é adotado em cada um dos quatro fatores. Ou seja, em Psicoticismo IGS1, Obsesividade Compulsividade IGS2, Somatização IGS3 e Ansiedade IGS4.

Os IGS podem variar de 0 a 2, considerando-se que quanto maior este índice, maior é o comprometimento na saúde mental do indivíduo ou grupo avaliado.

- Questionário sócio-demográfico

Elaboramos um formulário especialmente para este estudo para obter dados de caracterização dos alunos, compreendendo: idade, sexo, estado civil, curso, condição de trabalhador em exercício ou não ou desempregado, categoria ocupacional, jornada de trabalho semanal, regularidade em prática religiosa, percepção da própria saúde, problema ou não de saúde relevante para busca de um serviço especializado.

Essas foram consideradas categorias importantes, seja pela tradição científica ou pela especificidade para o presente estudo. Regularidade em prática religiosa e frequência à igreja foi incluída, pois alguns estudiosos sugerem que os hábitos religiosos estariam associados a saúde mental e qualidade de vida (Borges & Argolo, 2002; Kimura, 1999; Fleck, Borges, Bolognesi & Rocha, 2003).

Os itens: estado civil, percepção da própria saúde e problema ou não de saúde relevantes para busca de um serviço especializado da forma como estão apresentados baseou-se no padrão do questionário de identificação sócio-demográfica do WHOQOL, e que nos será útil para compartilhar conhecimentos com o grupo nacional e internacional que desenvolve estudos com este instrumento.

### 3.4 Procedimento

Como etapa antecessora da pesquisa propriamente dita, realizamos os procedimentos:

1. Solicitamos ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da PUC-Campinas a aprovação do presente estudo (Anexos H e I).

2. Realizamos contatos com os diretores das faculdades onde se encontravam potenciais participantes desta pesquisa, aos quais foram entregues resumo impresso do projeto com uma carta de apresentação e pedido de autorização de atuação (Anexo F).

3. Negociamos com alguns professores, aleatoriamente e à medida de encontros oportunos, a ocupação de parte do horário de suas aulas para realização da coleta de dados.

Para escapar de interferências de período muito inicial de aulas ou de tensão de período de provas, concentramos o agendamento de coleta de dados com a maior proximidade possível entre as datas e em períodos que não os citados, já que poderiam adicionar um fator estressante e interferir nas respostas. Este aspecto já foi destacado por vários autores que inclusive atribuíram diferentes denominações a este momento vivenciado pelo universitário, tais com, “síndrome autônoma” (Malleon, 1957 apud Loreto, 1985), “neurose de exame” (Hoff & Ringel, 1967 apud Loreto, 1985), “neurose de esgotamento” (Ziolko, 1967 apud Loreto, 1985), ou “cansaço de fim de semestre” (Giglio, 1976), Assim sendo, a coleta de dados realizou-se entre 10 e 28 de maio de 2004.

4. Conduzimos, em salas de aula e durante o período das aulas, apresentações da pesquisa aos alunos convidando-os a participar.

Fornecemos ainda as seguintes informações: de consentimento do diretor da faculdade e do professor para tal realização, do objetivo da pesquisa, da idade mínima de 18 anos, da assinatura do documento de consentimento, do anonimato concedido aos sujeitos do estudo, da ocupação de cerca de 30 minutos para o preenchimento dos formulários e da informação dos resultados deste estudo futuramente de maneira especial à comunidade onde se encontram os participantes.



Não houve nenhuma menção à dispensa de alunos desempregados para evitar algum tipo de constrangimento, optando pelo descarte de dados posterior à coleta.

A aplicação dos instrumentos foi conduzida pela pesquisadora, que contou com um auxiliar para entrega e coleta de formulários.

Foram realizadas cinco sessões de coleta de dados e estas tiveram início com a leitura e assinatura dos termos de Consentimento Livre e Esclarecido, que foram recolhidos em seguida.

Na seqüência, foram feitas as aplicações do Questionário Sócio-demográfico, WHOQOL-bref e EAS-40.

Como foram dois os instrumentos de avaliação utilizados, estes foram apresentados de forma alternada nas diferentes salas de aula para evitar algum provável viés dos resultados devido à ordem de aplicação das provas.

Somente após todos do grupo concluírem o preenchimento de respostas de um instrumento é que o outro era apresentado.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

---

Considerando os objetivos da pesquisa, a análise dos resultados baseou-se em estatística descritiva e inferencial.

Na análise descritiva, estimamos medidas de tendência central, de variabilidade e de correlação. E na inferencial, a significância das diferenças observadas entre os escores médios dos Grupos 1 – universitários trabalhadores e Grupo 2 – universitários não trabalhadores.

Os resultados referem-se à amostra de universitários de cursos noturnos de Administração de Empresas, de universidade particular do Interior do Estado de São Paulo, com distribuição equilibrada entre os sexos, predominantemente solteiros, idade entre 18 a 22 anos, com boa condição de saúde e sem uma prática religiosa regular.

Quanto à variável trabalho, observamos que a amostra reflete o perfil do estudante universitário de cursos noturnos, em que cerca de 85% é trabalhador, havendo apenas um pequeno grupo de não trabalhador.

Calculamos o qui quadrado para verificar se as diferenças de freqüência encontradas entre os grupos nos aspectos sócio-demográficos seriam significantes. Os resultados de P-Valor identificaram que não há diferença significativa e, portanto, a amostra de estudantes trabalhadores apresenta, em relação à de não trabalhadores, distribuição equilibrada quanto às variáveis estudadas, conforme pode ser observado na Tabela 1.

Efetivamente, na amostra, o número de mulheres foi maior (58,6 n=140%), tanto no grupo das trabalhadoras (59% n=122) como entre as não trabalhadoras (55,6%). Estes dados vão ao encontro da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios /Pnad (“Mercado de trabalho”, 2004) que registrou uma retração de trabalhadores do sexo masculino e o crescimento do feminino: o nível de emprego masculino em 2003 foi o menor desde 1992, e o nível de mulheres empregadas permaneceu o mesmo.

Além disto, de acordo com o IBGE (2003), há mais mulheres que homens na Região Sudeste do país sendo que elas apresentam média superior de anos de estudo. E o número de universitárias no Brasil é atualmente superior ao de homens, conforme o indica o censo escolar (Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP, 2003).

Quanto ao estado civil, a presença significativa de solteiros está de acordo com o esperado, quando se considera a faixa etária predominante da

amostra, já que o estado civil costuma estar associado à idade.

Quanto à condição de saúde percebida pelos sujeitos a respeito de si mesmos, apresentou-se predominantemente entre Boa (43,6%, n=140) e Muito Boa (35%, n=140), tanto no grupo dos trabalhadores como dos não trabalhadores. Um menor contingente considerou sua saúde Fraca ou Nem ruim nem boa. Nenhum participante relatou saúde Ruim ou Excelente.

As freqüências relativas aos problemas de saúde na amostra indicam que a maior parte identifica-se como tendo Nenhum problema de saúde (66,4% n=140). No entanto, dentre os que se referem a problemas com a saúde aparecem em freqüência superior o grupo dos trabalhadores, ainda que não de forma significativa. Neste sentido fazemos destaque às ocorrências de depressão em 7,9% (n=140) da amostra, sendo a maioria no grupo de trabalhadores. Além disto, apenas entre os trabalhadores foram identificados casos de problemas de nervoso crônico ou emocional, cardiopatia e problemas com álcool e drogas (respectivamente, 7,4%, 0,8% e 0,8%, n=122). No entanto, ocorreram casos de câncer tanto no grupo 1 como no 2. Uma gravidez, aparece como ocorrência de uma condição especial de saúde, mas não indicadora de problema, no grupo dos trabalhadores.

É possível que a jornada de trabalho associada à jornada de estudo, diariamente, esteja propiciando uma sobrecarga que se refletiria na maior freqüência entre os trabalhadores dos casos de problemas de saúde relatados. Porém, assinalamos que a predominância de Nenhum problema, nos dois grupos e no geral da amostra, corresponde ao esperado para a população normal geral, especialmente, entre a população ativa.

Quanto à regularidade de prática religiosa-espiritual, predominaram Às vezes ou nunca em ambos os grupos (cerca de 73%). Inversamente, o hábito de prática religiosa regular foi referido por apenas 22,1% da amostra geral, enquanto 5% não informou sua prática. É sabido que, no Brasil, a religião assumida oficialmente, nem sempre é praticada. Contudo, pode fazer diferença na qualidade de vida e na saúde geral.

Este é o caso, por exemplo, encontrado no estudo de validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais de Borges e Argolo (2002), que avaliou transtornos psiquiátricos menores e não-psicóticos em 158 desempregados e 288 empregados, profissionais de saúde e bancários, e

observaram que o grupo de pessoas que mantinham regularidade e freqüência em atividades de cunho religioso tinham significativamente menor índice de problemas de saúde geral que aquelas cujas atividades eram irregulares ou inexistentes nesta área, sugerindo ainda que a prática religiosa funciona como suporte emocional e cognitivo para indivíduos no aprendizado de lidar com dificuldades e barreiras inerentes ao exercício profissional. Além disto, o WHOQOL 100 (Fleck *et al.*, 1999) e o IQV de Ferrans e Powers (Kimura, 1999), dois instrumentos respeitados de avaliação de QV, incluem espiritualidade entre os domínios que avaliam.

As características sócio-demográficas de jornada de trabalho, categoria ocupacional e recebimento de apoio foram variáveis verificadas somente na amostra de trabalhadores e, portanto, não foi possível a comparação.

Com relação à jornada de trabalho, observamos que há predomínio em Acima de 40 horas semanais, ou seja, 50% (n=122), contrariando o preconizado pelas leis nacionais de trabalho (Decreto Lei nº 5.452, 1943).

No entanto, quando se considera as exigências e o padrão de vida dominante no mundo de trabalho atual, estes dados demonstram serem representativos da realidade brasileira, conforme anteriormente apresentado aqui neste estudo.

Quanto à categoria ocupacional de trabalho a mais freqüente entre os universitários trabalhadores (n=122) foi a de serviços, 52,9%, seguida da indústria, 25,6%, e, por último, comércio com 21,5%. Tal distribuição de freqüência mostra-se relativamente equivalente à distribuição da população geral em atividades nestes setores, conforme identificado na pesquisa do IBGE (2004).

Resumindo, a amostra corresponde a um grupo diferenciado na população geral, por, entre outras razões, fazer parte de uma pequena parcela da população, ou seja, estudantil universitária brasileira noturna e de instituição privada, mas com características semelhante às de outras amostras de universitários no ensino privado em outras regiões do Estado, nas características avaliadas.

Depreendemos destas colocações que os resultados da pesquisa com esta amostra em particular não podem ser amplamente generalizadas para a população universitária, aplicando-se todavia de forma adequada a alunos de cursos superiores noturnos de instituições particulares, mesmo de outras cidades

do Brasil, além do Interior do Estado de São Paulo.

Para atendermos ao item 1 dos objetivos específicos avaliamos a Qualidade de Vida dos estudantes trabalhadores e dos não trabalhadores verificando-a em relação a cada uma das variáveis sócio-demográficas

Assim, os escores médios, desvios padrões e probabilidades associadas ao valor de  $t$  das diferenças entre as médias dos domínios do WHOQOL-bref são apresentados às Tabelas 2 e 3.

**Tabela 2.** Média e Desvio Padrão e P-Valor (teste t) das características demográficas por Situação de Trabalho para a resposta Whoquol (Dom1 e Dom2) (n=140).

Característica sócio-demográfica	Categoria	Trabalhadores (N=122)				Não Trabalhadores (N=18)				Teste t de Student	
		Dom1 – Físico		Dom2 – Psicológico		Dom1 - Físico		Dom2 – Psicológico		Dom1	Dom2
		Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.	P-Valor	P-Valor
Gênero	Feminino	14,87	2,25	14,25	2,34	16,86	1,93	15,20	2,47	0,011*	0,275
	Masculino	14,86	2,48	14,82	2,24	16,22	2,36	14,75	3,05	0,169	0,951
Estado Civil	Solteiro(a)	14,91	2,21	14,49	2,22	16,67	2,11	15,06	2,74	0,004*	0,423
	Casado(a)	13,78	3,26	14,89	2,69	u	--	u	--	--	--
	Separado(a)	16,38	3,35	13,11	4,73	z	--	z	--	--	--
Idade	De 18 a 22 anos	15,03	2,01	14,54	2,41	16,88	2,04	15,24	2,73	0,004*	0,368
	De 23 a 27 anos	14,19	2,44	14,29	2,31	15,05	2,01	13,78	2,34	0,561	0,748
	>= 28 anos	15,38	3,71	14,49	1,63	z	--	z	--	--	--
Condição de Saúde	Fraca	12,82	1,39	12,38	2,03	14,00	1,21	13,00	2,36	0,449	0,793
	Nem boa/Nem ruim	13,41	1,84	13,86	2,73	15,14	0,40	13,00	1,41	0,009*	0,599
	Boa	14,60	2,36	14,56	2,42	16,90	2,44	15,81	3,24	0,051	0,363
	Muito Boa	16,19	1,87	15,01	1,74	17,39	1,54	15,33	2,21	0,099	0,727
	Depressão	13,03	1,94	13,60	3,07	u	--	u	--	--	--
	Nervoso	12,45	2,17	13,22	2,17	z	--	z	--	--	--
	Câncer	14,00	2,83	14,33	0,47	u	--	u	--	--	--
Problemas de saúde	Prob. Coração	u	--	u	--	z	--	z	--	--	--
	Pressão Alta	z	--	z	--	u	--	u	--	--	--
	Gravidez	u	--	u	--	z	--	z	--	--	--
	Álcool Droga	u	--	u	--	z	--	z	--	--	--
	Outros	13,78	2,19	13,86	2,68	u	--	u	--	--	--
Prática Religiosa	Nenhum problema	15,71	2,00	14,92	2,08	17,06	2,03	15,24	2,81	0,033*	0,692
	Às Vezes/Nunca	14,81	2,35	14,44	2,31	16,70	1,90	14,77	2,65	0,005*	0,675
	Hábito Regular	15,10	2,38	14,79	2,52	16,63	2,76	15,60	2,93	0,431	0,591

\* significativo ao nível de confiança de 95%; u: n=1 ; z: n=0.

Conforme os resultados observados nas Tabelas 2 e 3, foram encontradas diferenças significantes nos escores médios do WHOQOL-bref de estudantes trabalhadores e não trabalhadores em apenas dois domínios: Dom1

(Físico) e Dom4 (Meio Ambiente). Neles foram observadas diferenças significantes nas seguintes categorias: mulheres, solteiros, estudantes entre 18 a 22 anos, condição de saúde nem boa nem ruim e boa, com nenhum problema de saúde e prática religiosa às vezes ou nunca. Quanto às outras categorias de estado civil e problemas de saúde não foram estimadas as significâncias das diferenças entre as médias por insuficiência de dados.

Nos outros dois domínios, relacionados aos aspectos psicológicos (Dom2) e relacionamentos sociais (Dom3), não foram observadas diferenças significantes em nenhuma das categorias analisadas. Tal fato contraria em parte nossas expectativas iniciais baseadas em observações na prática da docência, que sugeriam que a carga de trabalho estaria comprometendo a qualidade de vida dos estudantes em geral.

Vamos então inicialmente nos deter nas diferenças observadas nos Doms 1 e 4, para em seguida comentarmos os resultados dos Doms 2 e 3.



**Tabela 3.** Médias e Desvio Padrão e P-Valor (teste t) das características demográficas por Situação de Trabalho para a resposta Whoquol (Dom3 e Dom4) (n=140).

Característica sócio-demográfica	Categoria	Trabalhadores (n=122)				Não Trabalhadores (n=18)				Teste t de Student	
		Dom3 – Rel Sociais		Dom4 – M.Ambiente		Dom3 – Rel Sociais		Dom4 – M.Ambiente		Dom3	Dom4
		Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.	P-Valor	P-Valor
Gênero	Feminino	14,05	3,32	13,22	2,51	14,13	3,28	15,35	1,73	0,945	0,004*
	Masculino	14,13	3,48	13,76	2,51	13,66	4,01	14,50	2,54	0,764	0,462
Estado Civil	Solteiro(a)	14,15	3,37	13,49	2,36	13,96	3,62	15,09	2,11	0,836	0,009*
	Casado(a)	13,77	3,40	12,50	3,91	u	--	u	--	--	--
	Separado(a)	12,44	4,28	14,67	3,62	z	--	z	--	--	--
Idade	De 18 a 22 anos	14,42	3,41	13,67	2,23	14,48	3,45	15,47	1,75	0,944	0,002*
	De 23 a 27 anos	13,61	3,25	12,47	2,72	11,11	2,77	12,50	2,29	0,282	0,983
	>= 28 anos	12,99	3,32	14,29	3,33	z	--	z	--	--	--
Condição de Saúde	Fraca	11,62	3,24	11,79	1,50	14,66	3,77	12,25	3,18	0,488	0,874
	Nem boa/Nem ruim	12,28	4,28	12,21	2,55	12,00	1,89	13,50	0,71	0,880	0,155
	Boa	14,37	3,29	13,27	2,46	13,33	4,74	16,14	1,46	0,595	0,001*
	Muito Boa	14,95	2,56	14,50	2,30	14,85	2,60	15,00	1,96	0,931	0,557
	Depressão	11,73	3,31	13,25	1,81	u	--	u	--	--	--
	Nervoso	11,26	3,47	11,22	3,72	z	--	z	--	--	--
	Câncer	14,66	0,00	13,50	0,71	u	--	u	--	--	--
Problemas de saúde	Prob. Coração	u	--	u	--	z	--	z	--	--	--
	Pressão alta	z	--	z	--	u	--	u	--	--	--
	Gravidez	u	--	u	--	z	--	z	--	--	--
	Álcool Droga	u	--	u	--	z	--	z	--	--	--
	Outros	12,77	2,79	12,26	2,11	z	--	z	--	--	--
Prática Religiosa	Nenhum problema	15,15	3,02	14,09	2,28	13,71	3,82	15,57	1,76	0,199	0,012*
	Às Vezes/Nunca	13,94	(3,60)	13,45	(2,58)	13,33	(3,81)	15,19	(1,45)	0,593	0,002*
	Hábito Regular	14,71	(2,63)	13,58	(2,41)	15,46	(2,23)	14,40	(3,45)	0,529	0,637

\* significativo ao nível de confiança de 95%; u: n=1 ; z: n=0

Quando analisamos a QV dos participantes a partir do gênero, vemos que no caso das mulheres, as estudantes que trabalham encontram-se em

desvantagem em relação às que não trabalham no que concerne aos domínios físico e relacionado ao meio ambiente. Isto é, o fato de trabalhar estaria comprometendo aspectos tais como o sono, o repouso, atividades da vida cotidiana, mobilidade e capacidade de trabalho, que compõem o domínio físico da QV ( $p= 0,011$ ). Podendo-se dizer o mesmo dos aspectos relacionados à segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde e sociais, oportunidades de adquirir novas informações e habilidades, recreação-lazer, ambiente físico e transporte (Dom 4 / $p= 0,004$ ).

Quanto aos estudantes do sexo masculino, é provável que a maior força física, garanta-lhes mais condições de enfrentarem as adversidades relacionadas a estes domínios. Desta forma, os estudantes trabalhadores não chegam a se diferenciar dos não trabalhadores nestas duas dimensões da QV, ao contrário das estudantes.

Focalizando a amostra do ponto de vista do estado civil e da idade, verificamos que também os estudantes trabalhadores solteiros e os mais jovens (18 a 22 anos) se diferenciaram significativamente dos não trabalhadores nos domínios 1 e 4.

Quanto a este aspecto, é possível que por serem solteiros e bastante jovens, esta faixa da população tenha mais expectativas quanto às possibilidades de aproveitar a vida e participar de festas e “baladas”, e neste sentido, o trabalho passa a ser um diferencial, já que não podem ter as horas de sono e “curtir a vida” como os que não trabalham. Esta diferença estaria portanto se refletindo sobre a QV nas dimensões físicas e ambientais, que passam a serem avaliadas como menos favoráveis do que para os estudantes que não trabalham.

Nos domínios 1 e 4 também observamos que na variável condição de saúde Nem boa nem ruim ( $p=0,009$ ) os estudantes trabalhadores se diferenciaram dos não trabalhadores no Dom 1, e na subcategoria Boa houve diferença praticamente significativa no Dom1 ( $p=0,051$ ) e significativa no Dom4 (0,001). Isto é, no grupo de estudantes com boa condição de saúde, o trabalho estaria associado a uma avaliação menos positiva dos aspectos físico e do meio ambiente ligados à QV.

Este é um dado de difícil interpretação, já que pelo menos teoricamente, pessoas com boa condição de saúde teriam menos chance de

apresentarem rebaixamento nos aspectos da QV cobertos por estes domínios, quando a variável em questão é o fato delas trabalharem. Por outro lado, é possível que em condição de saúde mais fraca, onde não observamos diferença significativa, não seja o fato de trabalhar ou não que interfira nestes domínios da QV.

Na literatura, também não encontramos pistas para compreensão destes resultados, devendo-se realizar futuras pesquisas que possam ajudar a elucidar a questão.

Observamos diferenças significantes nos domínios 1 e 4 também na categoria Prática religiosa às vezes ou nunca, respectivamente,  $p=0,005$  e  $0,002$ . Estas diferenças, como as anteriores, são de difícil interpretação porque, teoricamente, não deveria haver associação entre estes domínios da QV, o tipo de prática religiosa e o fato de trabalhar ou não. Esperávamos possíveis diferenças nos domínios: Psicológico ou das Relações Sociais, já que eles abrangem entre outras coisas, sentimentos positivos ou negativos, auto-estima, suporte ou apoio social e atividade sexual. É possível portanto que se trate apenas de uma peculiaridade desta amostra, devendo novos estudos confirmar ou não estas observações.

Um aspecto interessante observado nos resultados é que, se analisarmos os escores médios da categoria Problemas de saúde, encontraremos que os valores mais elevados nos quatro domínios, correspondem aos participantes com Nenhum problema de saúde quando comparados às demais subcategorias (Depressão, Nervoso, Prob.Coração, etc...). A mesma observação vale para a categoria Condição de saúde, na qual observamos que os que referem saúde Muito Boa foram também os que obtiveram escores médios mais elevados no WHOQOL-bref, e estes decrescem à medida que a condição de saúde é mais prejudicada. Ou seja, há efetivamente, em média, melhor QV nos substratos da amostra com menos ou nenhum problema de saúde, indicando a sensibilidade deste instrumento.

Não há, até o momento, dados normativos populacionais do WHOQOL-bref (Cerchiari, 2004), por isto recorreremos ao expediente de compararmos os resultados obtidos com os relatados por Fleck *et al.* (2000) assim como com os de Cerchiari (2004) e de Piccoli (2005) que avaliou, com o WHOQOL-bref, 90 estudantes de cursos diurnos de II Grau Profissionalizante, de ambos os sexos e

da faixa etária predominante de 18 a 21 anos. Os escores médios obtidos em cada um dos domínios, encontram-se na Tabela 10.

No estudo de Fleck *et al.* (2000), 22% da amostra eram do III Grau, com um grupo controle (n=50, voluntários normais selecionados entre funcionários da Universidade Federal do Rio Grande do Sul) e grupo de pacientes (n=250) do Hospital das Clínicas de Porto Alegre provenientes da psiquiatria, clínica geral, cirurgia e ginecologia.

Cerchiari (2004), apresentou resultados do grupo de universitários em geral (no qual 61% era de não trabalhadores) e também apresentou dados obtidos por período de estudo (matutino, noturno e integral).

**Tabela 4.** Médias e desvios Padrão nos domínios do WHOQOL segundo diferentes estudos brasileiros.

DOMÍNIO	Fleck <i>et al.</i> (2000)		Piccoli (2005)		Cerchiari (2004)		Cerchiari (2004)		Presente pesquisa					
	Normais (n=50)		Pacientes (n=250)		Estud.II Grau (n=90)		Universitários (n=558)		Universit. Período Noturno (n=74)		Universitário/Trabalha (n=122)		Universitário Não-Trab (n=18)	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP	Média	DP
1Físico	16,61	2,1	13,35	3,2	15,8	2,2	12,8	2,47	14,2	2,05	14,86	2,34	16,57	2,09
2Psicol	15,58	2,1	14,54	2,8	15,2	2,3	13,5	2,51	14,8	2,25	14,48	2,31	15,00	2,67
3Rel.Soc	15,52	2,6	15,29	3,6	15,0	2,9	14,2	2,58	14,9	2,37	14,08	3,37	13,92	3,52
4MAmb	14,04	2,1	13,36	2,4	13,5	1,9	12,5	1,89	13,1	1,77	13,44	2,52	14,97	2,10

Na tabela 4, temos que, nos quatro domínios, as médias do grupo de estudantes trabalhadores em nossa pesquisa apresentaram-se mais próximas dos valores obtidos pelo grupo de Cerchiari (2004) com universitários do período noturno, seguidos daqueles obtidos por Piccoli (2005). E, nos domínios 2 e 4, também proximidade daqueles com os valores obtidos pelo grupo de pacientes de Fleck *et al.* (2000), ainda que provavelmente não se possa falar em semelhanças significantes, do ponto de vista estatístico.

Quanto aos escores médios do grupo de não trabalhadores, são semelhantes ao do grupo de normais do estudo de Fleck *et al.* (2000) e são superiores, com exceção do Dom3, aos de Cerchiari (2004) no grupo geral de universitários.

Com estas comparações, podemos dizer, grosso modo, que o grupo de trabalhadores tem uma QV semelhante ao grupo de universitários de período noturno de Cerchiari (2004), mas que um pouco prejudicada em relação à

população mais ampla, não se verificando esta característica junto aos universitários não trabalhadores, mesmo que de cursos noturnos.

Enquanto os resultados de nosso estudo apontam para diferenças significantes entre trabalhadores, em atividade remunerada, e não-trabalhadores em apenas algumas subcategorias, com prejuízo à QV dos primeiros, no estudo de Cerchiari (2004) foi observado que não ter trabalho remunerado traz prejuízos à QV dos estudantes universitários, pois esta estaria diretamente relacionada a questões sócio-econômicas. Encontramos, todavia, afinidade com os estudos de Cerchiari (2004) no fato daqueles estudantes apresentarem QV inferior também no Dom4 (Meio ambiente) e que ser do gênero feminino está relacionado a QV mais afetada.

Os resultados do presente estudo corroboram aqueles obtidos por Areias e Magalhães (2001), à medida que observamos estar no domínio físico os melhores índices de QV entre os universitários. O que seria, de certa forma, esperado sobretudo pela faixa etária da população pesquisada. Esta faixa corresponde a uma fase de vida onde existe uma baixa incidência de problemas físicos comparados a outras faixas etárias, na qual também predominam aqueles que não apresentam problema de saúde.

Porém, enquanto observamos que o Dom4, meio ambiente da QV, entre os universitários trabalhadores foi o que apresentou os escores mais baixos, o inverso ocorreu no estudo de Areias e Guimarães (2001) que apontou no domínio meio ambiente as melhores médias de escores em QV.

Diferenças desta ordem são evidentemente comuns em pesquisas empíricas, em que peculiaridades das amostras, afetam as variáveis em um outro sentido, além do fato de haver efetivamente a possibilidade de haver diferenças nos perfis das populações de estudantes de escolas públicas e privadas, assim como entre estudantes do Estado do Mato Grosso e de São Paulo. Especialmente quando se estuda constructos fortemente dependentes do contexto sócio-econômico-cultural, como é o da QV, estas diferenças não chegam portanto a surpreender.

Nos perfis de cada grupo quanto aos sintomas psicopatológicos (EAS-40), verificamos os escores médios e desvios padrões, considerando as variáveis sócio-demográficas estudadas para atendermos ao item 2 dos objetivos específicos. Os resultados obtidos apresentaram-se conforme as Tabelas 5 e 6.

**Tabela 5.** Média e Desvio Padrão e P-Valor (teste t) das características demográficas por Situação de Trabalho para a resposta EAS 40 (Fatores 1 e 2) (n=140).

Característica sócio-demográfica	Categoria	Trabalhadores (n=122)				Não Trabalhadores (n=18)				Teste t de Student	
		Fator 1 Psicoticismo		Fator 2 Obsessividade Compulsividade		Fator 1 Psicoticismo		Fator 2 Obsessividade Compulsividade		Fator 1 P-Valor	Fator 2 P-Valor
		Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.		
Gênero	Feminino	0,47	0,35	0,82	0,42	0,37	0,31	0,59	0,25	0,391	0,021*
	Masculino	0,40	0,33	0,57	0,41	0,33	0,24	0,59	0,17	0,464	0,838
Estado Civil	Solteiro(a)	0,44	0,35	0,73	0,43	0,35	0,28	0,61	0,20	0,231	0,062
	Casado(a)	0,39	0,20	0,57	0,35	u	--	u	--	--	--
	Separado(a)	0,47	0,50	0,80	0,66	z	--	z	--	--	--
Idade	De 18 a 22 anos	0,45	0,36	0,74	0,43	0,34	0,30	0,59	0,21	0,235	0,038*
	De 23 a 27 anos	0,48	0,34	0,72	0,43	0,40	0,00	0,60	0,26	0,223	0,534
	>= 28 anos	0,27	0,19	0,57	0,46	z	--	z	--	--	--
Condição de Saúde	Fraca	0,54	0,27	1,01	0,41	0,25	0,21	0,65	0,21	0,248	0,191
	Nem boa/Nem ruim	0,61	0,40	0,95	0,51	0,65	0,35	0,50	0,28	0,894	0,302
	Boa	0,45	0,37	0,77	0,40	0,43	0,30	0,69	0,23	0,844	0,421
	Muito Boa	0,32	0,24	0,50	0,34	0,21	0,17	0,50	0,15	0,202	0,977
	Nenhum problema	0,38	0,33	0,61	0,40	0,36	0,31	0,59	0,22	0,762	0,789
	Depressão	0,39	0,34	0,79	0,43	u	--	u	--	--	--
	Nervoso	0,67	0,45	1,10	0,36	z	--	z	--	--	--
Problema de Saúde	Câncer	0,60	0,42	1,00	0,71	u	--	u	--	--	--
	Prob. Coração	u	--	u	--	z	--	z	--	--	--
	Pressão Alta	z	--	z	--	u	--	u	--	--	--
	Gravidez	u	--	u	--	z	--	z	--	--	--
	Álcool Droga	u	--	u	--	z	--	z	--	--	--
	Outros	0,50	0,25	0,87	0,39	u	--	u	--	--	--
Prática Religiosa	Hábito Regular	0,40	0,28	0,69	0,41	0,18	0,13	0,52	0,19	0,018*	0,178
	Às Vezes/Nunca	0,42	0,36	0,71	0,44	0,42	0,29	0,62	0,22	0,928	0,225

\* significativo ao nível de confiança de 95%; u: n=1 ; z: n=0

Na maioria das categorias analisadas, não houve diferença significativa, demonstrando que, salvo algumas delas, o nível de sintomas psicopatológicos em estudantes trabalhadores não se diferencia daquele de não trabalhadores.

**Tabela 6.** Média e Desvio Padrão e P-Valor (teste t) das características demográficas por Situação de Trabalho para a resposta EAS 40 (Fatores 3 e 4) (n=140).

Característica sócio-demográfica	Categoria	Trabalhadores (n=122)				Não Trabalhadores (n=18)				Teste t de Student		
		Fator 3 Somatização		Fator 4 Ansiedade		Fator 3 Somatização		Fator 4 Ansiedade		Fator 3	Fator 4	IGS Total
		Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.	Média	D.P.	P-Valor	P-Valor	P-Valor
Gênero	Feminino	0,57	0,45	0,35	0,32	0,35	0,41	0,39	0,44	0,145	0,773	0,235
	Masculino	0,36	0,34	0,17	0,21	0,40	0,21	0,33	0,34	0,640	0,252	0,612
Estado Civil	Solteiro(a)	0,48	0,41	0,29	0,30	0,39	0,33	0,36	0,40	0,310	0,471	0,383
	Casado(a)	0,50	0,46	0,10	0,11	u	--	u	--	--	--	--
	Separado(a)	0,47	0,81	0,23	0,23	z	--	z	--	--	--	--
Idade	De 18 a 22 anos	0,49	0,40	0,29	0,30	0,38	0,34	0,33	0,40	0,252	0,698	0,269
	De 23 a 27 anos	0,51	0,45	0,31	0,28	0,33	0,32	0,50	0,35	0,469	0,455	0,745
	>= 28 anos	0,31	0,44	0,08	0,10	z	--	z	--	--	--	--
Condição de Saúde	Fraca	0,76	0,48	0,36	0,30	0,65	0,07	0,65	0,35	0,589	0,48	0,605
	Nem boa/Nem ruim	0,84	0,50	0,41	0,37	0,05	0,07	0,50	0,28	0,000*	0,751	0,362
	Boa	0,52	0,37	0,27	0,28	0,47	0,44	0,43	0,51	0,770	0,456	0,995
	Muito Boa	0,22	0,24	0,20	0,25	0,29	0,15	0,17	0,22	0,363	0,758	0,711
Problemas de saúde	Depressão	0,49	0,34	0,19	0,26	u	--	u	--	--	--	--
	Nervoso	1,07	0,39	0,54	0,42	z	--	z	--	--	--	--
	Câncer	0,50	0,28	0,30	0,42	u	--	u	--	--	--	--
	Prob. Coração	u	--	u	--	z	--	z	--	--	--	--
	Pressão Alta	z	--	z	--	u	--	u	--	--	--	--
	Gravidez	u	--	u	--	z	--	z	--	--	--	--
	Álcool/Droga	u	--	u	--	z	--	z	--	--	--	--
	Outros	0,68	0,40	0,37	0,22	u	--	u	--	--	--	--
	Nenhum problema	0,35	0,34	0,22	0,25	0,36	0,35	0,34	0,41	0,929	0,295	0,775
Prática Religiosa	Às vezes/Nunca	0,50	0,43	0,28	0,29	0,36	0,35	0,34	0,41	0,227	0,597	0,589
	Hábito Regular	0,42	0,44	0,23	0,24	0,40	0,20	0,42	0,38	0,881	0,348	0,624

\* significativo ao nível de confiança de 95%; u: n=1 ; z: n=0

Foram observadas diferenças significantes apenas para : mulheres e faixa etária entre 18 e 22 anos, no Fator 2 (obsessividade compulsividade), prática religiosa regular no Fator 1 (psicoticismo), e em condição de saúde Nem boa nem ruim no Fator 3 (Somatização) (teste t de Student; P-Valor nas Tabelas 5 e 6).

Nestas categorias, o grupo de estudantes trabalhadores apresentou médias significantemente superiores em relação ao grupo de estudantes não

trabalhadores, indicando, portanto, maior ocorrência de sintomas psicopatológicos. Para as demais categorias nos Fatores 1, 2 e 3, assim como para todas as do Fator 4, relacionado a sintomas de ansiedade, e o IGS Total não foram observadas diferenças significantes entre os dois grupos (teste t de *Student* nas Tabelas 5 e 6).

Quanto a estes resultados, chama a atenção o fato de que as categorias sócio-demográficas que apresentaram diferenças significantes, foram praticamente as mesmas verificadas na avaliação da QV. Isto é, mulheres, estudantes mais jovens e condição de saúde nem boa nem ruim. Isto sugere que, efetivamente, o trabalho nestes subgrupos encontra-se associado a condições mais precárias de QV e maior ocorrência de sintomas psicopatológicos, ainda que as razões para isto não sejam de todo evidente, como é o caso por exemplo da categoria condição de saúde.

Com a finalidade de verificarmos em que medida nossos resultados refletiam peculiaridades da amostra, recorreremos a outros estudos já realizados com a EAS-40 em nosso meio, pois ainda não há um valor de corte para a população brasileira, estando os estudos ainda em andamento.

Neste sentido, contávamos com o estudo de Laloní (2001), que desenvolveu estudo de validação, adaptação e precisão da SCL-90-R a partir de uma amostra de pacientes atendidos em ambulatório de saúde mental de hospital geral, o estudo de Pregnoiato (2005) com 48 pacientes de um serviço de hemodiálise de hospital universitário do interior de S.Paulo, e o estudo de Silva (2004) realizado com 99 universitários da mesma instituição de ensino superior que a nossa pesquisa.

A expectativa teórica era de que as médias obtidas pelo grupo de validação (Laloní, 2001) e o de Pregnoiato (2005) seriam maiores, indicando freqüências superiores de sintomas psicopatológicos e, em relação aos dados de Silva (2004), deveriam ser semelhantes. As respectivas médias e Desvios padrão são apresentados na Tabela 7 para favorecer a visualização.



**Tabela 7.** Médias e Desvios Padrão encontradas em estudos com a EAS-40 para Mulheres e Homens.

Fator	Mulheres					Homens				
	Laloni, 2001 (n=137) M (DP)	Pregno- lato, 2005 (n=19) M (DP)	Silva, 2004 (n=99) M (DP)	Presente pesquisa		Laloni, 2001 (n=63) M (DP)	Pregno- lato, 2005 (n=29) M (DP)	Silva, 2004 (n=14) M (DP)	Presente pesquisa	
				Trab (n=72) M (DP)	NãoTrab alha (n=10) M (DP)				Trabalh (n=50) M (DP)	NãoTrab (n=8) M (DP)
IGS Total	1,47 (0,79)	0,69 (0,39)	--	0,55 (0,33)	0,43 (0,29)	1,34 (0,72)	0,59 (0,37)	--	0,37 (0,27)	0,41 (0,16)
F1Psicot	1,15 (0,83)	0,51 (0,45)	0,59 (0,42)	0,47 (0,35)	0,37 (0,31)	1,20 (0,82)	0,41 (0,36)	0,56 (0,56)	0,40 (0,33)	0,33 (0,24)
F2Obs/Com	1,59 (0,96)	0,74 (0,38)	0,76 (0,40)	0,82 (0,42)	0,59 (0,25)	1,51 (0,96)	0,70 (0,44)	0,77 (0,40)	0,57 (0,41)	0,59 (0,17)
F3Somat	1,62 (0,99)	0,81 (0,46)	0,55 (0,42)	0,57 (0,45)	0,35 (0,41)	1,34 (0,91)	0,75 (0,47)	0,53 (0,50)	0,36 (0,34)	0,40 (0,21)
F4Ansied	1,53 (1,00)	0,67 (0,55)	0,49 (0,41)	0,35 (0,32)	0,39 (0,44)	1,41 (0,99)	0,52 (0,42)	0,34 (0,27)	0,17 (0,21)	0,33 (0,34)

Conforme podemos observar na Tabela 7, as expectativas teóricas confirmaram-se, posto que os escores de Laloni (2001) são efetivamente superiores aos nossos e os de Silva (2004) em todos os fatores, assim como os de Pregno lato (2005), com pacientes da hemodiálise, são superiores aos nossos em todos os fatores, exceto pelo fator 2 obsessividade/compulsividade quando comparado ao obtido pelas universitárias trabalhadoras. Neste sentido, é relativamente fácil entender porque pacientes da hemodiálise apresentam maior sintomatologia.

Por outro lado, tanto no nosso estudo como no de Silva (2004), os maiores escores foram observados no Fator 2 (obsessividade-compulsividade), ainda que em valor bem inferior aos observados por Laloni (2001) que estudou pacientes de hospital geral.

Comparando especificamente os nossos resultados aos de Silva (2004), chama a atenção o fato de que, com exceção do grupo de mulheres trabalhadoras no fator 2 e 3 (obsessividade/compulsividade e somatização), todas as médias para os dois sexos foram menores, indicando que, em nossa amostra, os sintomas psicopatológicos estão menos presentes. Lembramos que a amostra de Silva (2004) foi composta de universitários de cursos diurnos da área de biomédicas enquanto a nossa por universitários de cursos noturnos de

Administração de Empresas, maioria trabalhadores. A diferença de área de interesse pode eventualmente explicar o perfil um pouco diferente destas amostras. Serão necessários, portanto, outros estudos para que se possa melhor compreender essa questão.

Para o item 3 dos objetivos deste estudo, estimamos os coeficientes de correlação de Pearson, procurando determinar o grau de associação entre o nível de qualidade de vida (WHOQOL-bref) e os índices sintomas psicopatológicos obtidos (EAS-40), para os Grupos 1 e 2. Os resultados estão apresentados abaixo nas Tabelas 8 e 9.

Para fins do cálculo do teste de correlação, adotamos como valores para o WHOQOL-bref os escores transformados obtidos em cada um dos domínios, separadamente, segundo o qual, quanto maior o número ordinal indicativo, melhor a QV naquele domínio. Quanto à EAS-40, utilizamos os escores de IGS Total e de IGS em cada um dos quatro fatores, em que quanto maior o valor, pior o aspecto da saúde mental. Portanto, as correlações esperadas entre os dois resultados foram negativas.

**Tabela 8.** Correlação de Pearson entre o Whoqol-bref e o EAS-40.

	Trabalhadores n=122	Não trabalhadores n=18
Whoqol domínio <b>1 físico</b>	-0,58*	-0,57**
Whoqol domínio <b>2 psicológico</b>	-0,53*	-0,49***
Whoqol domínio <b>3 relações sociais</b>	-0,43*	-0,45***
Whoqol domínio <b>4 meio ambiente</b>	-0,47*	-0,36

\*Correlação significativa para  $p < 0,001$

\*\* Correlação significativa para  $p < 0,01$

\*\*\* Correlação significativa para  $p < 0,05$

As observações foram conforme se esperava, inversamente proporcionais para todas os domínios do WHOQOL-bref e o IGS total. Deprendemos daí que maior QV está associada a menor índice de sintomas psicopatológicos, tanto no grupo de trabalhadores como no de não trabalhadores.

Os escores foram em sua maioria significantes para  $p < 0,01$  nos 4 domínios do WHOQOL-bref e o Índice Global de Severidade do EAS-40 tanto no grupo de trabalhadores como no de não-trabalhadores, seguidas de associações significantes para  $p < 0,05$ . Apenas para o domínio 4 (Meio Ambiente) e o IGS

Total, a associação, embora negativa, não se mostrou significativa no grupo dos não-trabalhadores.

**Tabela 9.** Correlação de Pearson entre os escores nos domínios do Whoqol-bref e os fatores do EAS-40.

EAS-40 Fator	WHOQOL-bref Domínio	Trabalhadores	Não trabalhadores
1 Psicoticismo X	1 físico	-0,43*	-0,54***
	2 psicológico	-0,51*	-0,58**
	3 relações sociais	-0,43*	-0,53***
	4 ambiente	-0,35*	-0,20
2 Obsessividade / Compulsividade X	1 físico	-0,53*	-0,40
	2 psicológico	-0,55*	-0,38
	3 relações sociais	-0,49*	-0,49****
	4 ambiente	-0,49*	-0,20
3 Somatização X	1 físico	-0,61*	-0,48****
	2 psicológico	-0,39*	-0,41
	3 relações sociais	-0,32*	-0,31
	4 ambiente	-0,42*	-0,24
4 Ansiedade X	1 físico	-0,34*	-0,39
	2 psicológico	-0,37*	-0,24
	3 relações sociais	-0,20****	-0,20
	4 ambiente	-0,32*	-0,44

\*Correlação significativa para  $p < 0,001$

\*\* Correlação significativa para  $p < 0,01$

\*\*\* Correlação significativa para  $p < 0,02$

\*\*\*\* Correlação significativa para  $p < 0,05$

Na estimativa do grau de associação entre os fatores da EAS-40 e os domínios do WHOQOL-bref, foram observadas correlações significantes negativas para todos eles, no grupo de estudantes trabalhadores (Tabela 9), indicando efetivamente a relação entre as variáveis medidas.

Por outro lado, observamos que no grupo 2 (não trabalhadores) as correlações não foram tão constantemente significantes. Apenas em relação ao fator psicoticismo, observamos mais claramente as associações negativas entre os sintomas psicopatológicos e a QV, que estão presentes nos domínios do WHOQOL-bref, indicando claramente que sintomas psicopatológicos mais graves encontram-se associados a menores índices de QV.

Em relação aos fatores obsessividade-compulsividade e somatização

verificamos, respectivamente, associações significantes apenas em relação aos domínios relações sociais (-0,49) e domínio físico (-0,48). Estando nos dois casos, de acordo com o esperado, uma vez que sintomas ligados ao fator obsessividade-compulsividade podem comprometer a qualidade dos relacionamentos sociais e os do fator somatização, os ligados ao domínio físico da QV.

Em relação ao fato de não se ter encontrado associações significantes entre os fatores da EAS-40 e a maioria dos domínios do WHOQOL-bref no grupo dos estudantes não-trabalhadores, é preciso lembrar que coeficientes de correlação são fortemente influenciados pelo tamanho da amostra, neste caso com 18 sujeitos, e portanto bem menor do que a dos trabalhadores (n=122). Assim, é possível que com uma amostra mais representativa se tenha uma visão mais clara da situação.

E, finalmente, para atendermos aos itens 4 e 5 dos objetivos específicos, utilizamos o Teste *t* de *Student*, que nos fornece a probabilidade de duas amostras provirem da mesma população. Os resultados podem ser verificados na Tabela 10.

**Tabela 10.** Média, Desvio Padrão, Amplitude e P-Valor (teste t) para as categorias das variáveis resposta (Whoquol-bref e EAS-40) segundo a Situação de Trabalho.

	Categoria	Trabalhadores			Não-Trabalhadores			Teste t
		Média	D.P.	Amplitude	Média	D.P.	Amplitude	P-Valor
WHOQUOL	Dom 1-Físico	14,86	2,34	8,57 - 20,00	16,57	2,09	13,14 - 19,43	0,004*
	Dom 2-Psicológ	14,48	2,31	7,33 - 20,00	15,00	2,67	10,67 - 18,66	0,445
	Dom 3- Rel. Soc.	14,08	3,37	5,33 - 20,00	13,92	3,52	8,00 - 18,66	0,857
	Dom 4-M.Ambie	13,44	2,52	6,00- 18,00	14,97	2,10	10,00 - 18,00	0,010*
	IGS total	0,48	0,32	0,00 - 1,48	0,42	0,24	0,13 - 1,30	0,349
EAS-40	F1 Psicoticismo	0,44	0,34	0,00 - 1,40	0,35	0,27	0,00 - 0,90	0,234
	F2 Obsess/Comp	0,72	0,43	0,00 - 1,80	0,59	0,21	0,30 - 1,00	0,045*
	F3 Somatização	0,48	0,42	0,00 - 1,70	0,37	0,33	0,00 - 1,30	0,214
	F4 Ansiedade	0,27	0,29	0,00 - 1,20	0,36	0,39	0,00 - 1,30	0,376

Observando os valores das probabilidades associadas aos testes-t, verificamos que diferenças significantes entre os universitários trabalhadores e os não trabalhadores apenas foram observadas nos domínios Físico e Meio

Ambiente, na QV, e no fator Obsessividade / Compulsividade como sintoma psicopatológico, com índices mais saudáveis para o grupo dos não trabalhadores.

Da mesma forma como quando se estudaram os escores médios do WHOQOL-bref e do EAS-40, para trabalhadores e não trabalhadores em relação às variáveis sócio demográficas, as diferenças estão concentradas nos domínios físico (Dom1) e de ambiente (Dom4) da QV e no fator Obsessividade/Compulsividade dos sintomas psicopatológicos, indicando claramente que: a variável trabalho afeta a QV principalmente nestes dois domínios, e que a variável trabalho encontra-se associada a maior sintomatologia na esfera da obsessividade/compulsividade.

Quanto a estas observações, é possível que aqueles que trabalham estariam assoberbados com maiores responsabilidades ou exigências, com metas a cumprir e sob uma certa pressão, que estaria se revelando em sintomas pertencentes ao fator obsessivo/compulsivo.

Durante todo o estudo, observamos que os grupos não se diferenciaram em relação ao Dom3 (Relações Sociais). Se, de um lado, a ausência de diferenças pode estar sinalizando que o trabalho não afeta a qualidade de vida no que diz respeito às relações sociais, por outro, é preciso destacar que Fleck *et al.* (1999) afirmam que este foi o domínio menos estável e que apresentou nível de significância limítrofe ( $n=0,06$ ) nos estudos de validação para o Brasil. Assim, os resultados devem ser vistos com certa cautela.

## **5 CONCLUSÕES E SUGESTÕES**

---

Podemos considerar que, pela análise geral dos dois instrumentos e as variáveis sócio-demográficas nesta amostra, os grupos de trabalhadores e não-trabalhadores não se diferenciaram tanto nos aspectos de QV e sintomas psicopatológicos, exceto por algumas subcategorias.

Mesmo que os escores médios obtidos pelos instrumentos tendam positivamente a favor de melhor qualidade de vida e menor ocorrência de sintomas psicopatológicos no grupo dos não-trabalhadores, não podemos afirmar que os grupos se diferenciem significativamente na maioria das categorias analisadas.

Os resultados apontam que o trabalho se constitui num fator que compromete a QV e os sintomas psicopatológicos de estudantes universitários quando são do sexo feminino, na faixa etária entre 18 e 22 anos e que apresentam condição de saúde nem boa nem ruim.

Além destas categorias, o fato de trabalhar mostrou-se relacionado a um rebaixamento na QV entre aqueles que referem prática religiosa irregular. Contrariamente, o trabalho afetou aqueles com hábito religioso regular, que todavia apresentaram mais sintomas psicopatológicos.

No que concerne à QV, os domínios mais afetados nas categorias referidas acima foram os domínios físico e meio ambiente, enquanto os outros dois não se mostraram diferentes quanto aos escores obtidos no grupo 1 e 2. Nossos dados corroboraram um dos resultados do estudo de Cerchiari (2004) que refere o domínio meio ambiente, da QV, significativamente afetado entre os universitários.

Quanto aos sintomas psicopatológicos, as diferenças observadas restringiram-se ao fator 2, relacionado a obsessividade/compulsividade.

E, finalmente, conforme teoricamente esperado, a QV mostrou-se negativamente associada aos sintomas psicopatológicos, tanto entre os trabalhadores como entre os não trabalhadores.

O estudo aponta demanda por melhores condições que favoreçam a QV do ponto de vista físico e de meio ambiente, assim como cuidados com comportamentos obsessivos/compulsivos, que podem envolver dificuldade de concentração, especialmente para as mulheres e os mais jovens.

De certa forma, estes resultados nos surpreenderam por que, a princípio, nós julgávamos que a dupla jornada, trabalhar e estudar, estaria

pesando muito mais significativamente do que se mostrou.

O trabalho tem um efeito mais complexo do que inicialmente imaginamos e alguns cuidados ou maior atenção devem ser dados às mulheres e aos mais jovens, já que os demais mostraram possuir maior capacidade de adaptação e enfrentamento.

Como os domínios mais afetados foram o físico e o meio ambiente, acreditamos que ações ultrapassam o escopo da Psicologia, uma vez que estariam envolvendo políticas de assistência ao trabalhador, como, por exemplo, é a prática estatutária que acontece em Portugal, que preconiza horários de aula e de exames equacionados com os horários e exigências de trabalho, ou o Projeto Matrix que desenvolve grupos operativos com os alunos dentro da instituição, conforme indicados na introdução deste trabalho, ou mesmo uma iniciativa da universidade viabilizando espaços específicos para descanso.

Este estudo sinaliza algumas direções para novos estudos pois esta é uma das primeiras abordagens com esta população. Futuramente, estes grupos que apresentaram problemas devem ser mais estudados, especialmente nas categorias em que não encontramos correspondência na literatura.

Acreditamos que, os resultados não permitem generalização para todos os estudantes universitários, aplicando-se mais aos do período noturno e mais especificamente aos de universidades particulares. Também, pelas características do estudo, não se pode estabelecer um fator causal ou seqüencial para as associações encontradas.

Estes resultados podem servir todavia de subsídios para o cuidado da qualidade de vida e da saúde mental de estudantes que compartilham perfil sócio-demográfico semelhante ao aqui apresentado: sejam eles para o direcionamento de discussões e ações quanto aos processos e organização do trabalho atual em que se inserem, seja para reflexão e desenvolvimento de novas formas no processo ensino-aprendizagem, seja para contribuição para um banco de dados sobre comportamento na comunidade universitária ou, ainda, para outros estudos da Psicologia, ou de áreas afins, que utilizem nossos dados para basear ou alavancar futuras pesquisas em benefício do bem-estar das pessoas e da comunidade.



## **6 REFERÊNCIAS**

---

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva - ABRASCO. (1992). Saúde e trabalho: desafios para uma política. São Paulo: Autor.

Abreu, K. L., Ramos, L. S., Stoll, I., Baumgardt, R. A., Guimarães, L. A. M., Areias, M. E. Q., & Kristensen, C. H. (2002). Saúde mental no exercício profissional da psicologia: Aspectos do estresse e da síndrome de burnout. Trabalho apresentado em Sessão de Painel do I Congresso Brasileiro de Psicologia, São Paulo, Brasil.

Akerman, M. M., Mendes, R., Bógus, C. M., Westphal, M. F., Bihir, A., & Pedroso, M. L. (2002). Avaliação em promoção da saúde: Foco no “município saudável”. Revista de Saúde Pública, 36 (5), 638-646.

Alvarez, B. R. (1996). Qualidade de vida relacionada à saúde de trabalhadores – Um estudo de caso. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.

Araújo, L. (2003). Boletim INEP. [On-line]. Disponível: [www.inep.gov.br/imprensa/noticias/censo/superior/newws03\\_03.htm](http://www.inep.gov.br/imprensa/noticias/censo/superior/newws03_03.htm)

Areias, M. E. Q., Schleich, A. L. R., Avancini, A. P. B. P., Campos C.R., & Bonato V. R. (2001). Qualidade de Vida e Saúde Mental de Alunos/Trabalhadores de um curso noturno de uma Faculdade de Administração. (Projeto de Pesquisa/ Pós Graduação em Saúde Mental). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Areias, M. E. Q., & Guimarães, L. A. M. (dez 2001). Estudo da relação entre qualidade de vida e saúde mental de alunos trabalhadores de uma faculdade de Administração. Conferência apresentada em II Encontro Brasileiro de Pesquisadores em Qualidade de Vida. Unicamp, Campinas .

Aubert, N. (1993). A neurose profissional. (M. I. S. Bertiol, Trad.). In J. F. Chanlat (coord.) O indivíduo na organização, v.2: Dimensões esquecidas (pp. 162-193). São Paulo: Atlas.

Benshoff, J. M., & Lewis, H. A. (1992). Nontraditional college students - Eric Clearinghouse on Counseling and Personnel Services Ann Arbor MI. [On-line]. Disponível: [www.ericfacility.net/ericdigests/ed347483.html](http://www.ericfacility.net/ericdigests/ed347483.html)

- Borges, L. de O., & Argolo, J. C. T. (2002). Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. Avaliação Psicológica, 1, 17-27.
- Burrows, M. T. (1997). Promoción de la salud mental de los trabajadores. Revista Psiquiatria (Santiago de Chile), 14 (2), 65-71.
- Cardoso, W. L. C. D. (1999). Qualidade de vida e trabalho: Uma articulação possível. In L. A. M. Guimarães & S. Grubits (Orgs.), Saúde mental e trabalho (pp. 89-116). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cardoso, W. L. C. D., Ferraz, D. P. A., Siqueira, A. F. , & Guimarães, L. A. M. (2001, Dezembro). Estudos sobre saúde mental e qualidade de vida de estudantes universitários trabalhadores de uma instituição de ensino superior - FAENQUIL – sub-projeto "MATRIX". Manuscrito. Trabalho apresentado no II Encontro de Pesquisadores em Qualidade de Vida . Campinas, Brasil.
- Carvalho, C. P. (1984). Ensino noturno: Realidade e ilusão. São Paulo: Cortez.
- Cerchiari, E. A. N. (2004). Saúde mental e qualidade de vida em universitários. Tese de Doutorado, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.
- Chanlat, J. F. (1992). A caminho de uma nova ética das relações nas organizações. Revista de Administração de Empresas, 32 (jul/ago), 68-73.
- Chicago University. (2004). Student Manual of University Policies and Regulations. [On-line]. Disponível: <http://www.uchicago.edu/>
- Cicconelli, R. M. (1997). Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)". Tese de Doutorado, Universidade Federal de São Paulo, Brasil.
- Claremont McKenna University. (2004). Off-Campus Program in the United States. [On-line]. Disponível: <http://offcampus.claremontmckenna.edu/progus/>
- Codo, W., Sampaio, J. J. C., & Hitomi, A. H. (1993). Indivíduo, trabalho e sofrimento. São Paulo: Vozes.
- Codo, W., & Vasques-Menezes, I. (1999). O que é Burnout?. In W. Codo (Org.), Educação: Carinho e trabalho (pp. 237-255). Rio de Janeiro: Vozes.

- Cunha, A. G. (1987). Dicionário etimológico da língua portuguesa. (2ªed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Cunha, L. A. (1986). A universidade temporã: Da colônia à era de Vargas. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Dejours, C. (1980/1992). A loucura do trabalho: Estudo de psicopatologia do trabalho. (A. I. Paraguay, & L. L. Ferreira, Trans.). (5ªed.). São Paulo: Cortez-Oboré. (original publicado em 1980)
- Dejours, C. (1992). Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. (A. M. Rodrigues, Trad.). *In* J. F. Chanlat (Coord.) O indivíduo nas organizações: Dimensões esquecidas (pp. 149-173). São Paulo: Atlas.
- Dejours, C. (1994). A carga psíquica do trabalho. (M. I. S. Bertiol, Trad.). *In* C. Dejours, E. Abdoucheli & C. Jayet, Psicodinâmica do trabalho: Contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho (pp. 21-32). São Paulo: Atlas.
- Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos - DIEESE / Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados - SEADE, MTB/FAT & convênios regionais. (2002). Pesquisa de emprego e desemprego. [On-line]. Disponível: [www.dieese.org.br/wwwi32.exe/lin=bmacessa.in](http://www.dieese.org.br/wwwi32.exe/lin=bmacessa.in)
- Dimarzio, M. K. (2001). A comparison of computer-based and traditional classroom-based training. Dissertação de Mestrado, Faculty of Springfield College, Massachusetts, USA.
- Engels, F. (1876). Dialética da natureza. (4ª ed.). s.t. Rio de Janeiro: Paz e Terra. (Original publicado em 1985)
- Estatuto do trabalhador estudante Lei n.º 116/97, de 4 de Novembro com as alterações introduzidas pela Lei n.º 118/99, de 11 de Agosto Decreto art. 164.º, alínea d), 168.º, n.º 1, alínea b), e 169.º, n.º 3, Constituição de Portugal.
- Faria, N. J. de (2000). Concepções de indivíduo presentes em estágios de psicologia clínica. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil.
- Fávero, M. L. (1977). A universidade brasileira em busca de sua identidade. Petrópolis: Vozes.

- Fernandes, C. B. (2002). Aprendizagem organizacional como um processo para a alavancar o conhecimento nas organizações. *In* M. T. Angeloni (Coord.), Organização do Conhecimento (pp. 81-93). São Paulo: Saraiva.
- Ferreira, W. G. de A. (1991). Representação de doenças e sintomas entre estudantes universitários. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, Brasil.
- Fleck , M. P. A., Lousada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQUOL-100). Revista de Saúde Pública, 33 (2), 198-205.
- Fleck , M. P. A., Lousada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento WHOQOL-bref. Revista de Saúde Pública, 34(2):178-83.
- Fleck, M. P. A., Borges, Z. N., Bolognesi, G., & Rocha, N. S. (2003). Desenvolvimento do WHOQOL, módulo espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. Revista de Saúde Pública, 37 (4), 446-455 .
- Freud, S. (1968). El malestar en la cultura. Obras Completas de Sigmund Freud. vol. III (pp. 1-65). (R. R. Ardid, Trad.). Madrid: Editorial Biblioteca Nueva. (original publicado em 1930)
- Furlani, L. M. T. (1997). A claridade da noite – os alunos do ensino superior particular noturno. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, Brasil.
- Furlani, L. M. T. (1998). A claridade da noite: os alunos do ensino superior noturno. São Paulo: Cortez.
- Garcia-Viniegras, C. R. V., & Benítez, I. G. (2000) La categoría bienestar psicológico: Su relación con otras categorías sociales. Revista Cubana de Medicina General Integral, 16 (6), 586-592.
- Gasparini, A. C. L. F., & Rodrigues, A. L. (1992). Uma perspectiva psicossocial em psicossomática: Via estresse e trabalho. *In* J. Mello Filho (Org.), Psicossomática hoje (pp. 93-107). Porto Alegre: Artes Médicas.

- George, L. K., & Bearon N. L. B. (1980). Quality of life in older persons: Meaning and measurement. Human Sciences Press, 40, 40-49.
- Giglio, J. S. (1992). Mental health and quality of life in medical students. International School Psychology Association, V (1), 108.
- Gill, T. M., & Feinstein A. R. (1994). A critical appraisal of the quality-of-life measurements. Journal of American Medical Association, 8, (24), 31-272.
- Goguelin, P. (1980). Équilibre ou fatigue par le travail. Paris: Entreprise Moderne Édition.
- Grupo WHOQOL. (1998). Versão em português dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida (WHOQOL) 1998. [On-line]. Disponível: [www.hcpa.ufrgs.br/psiq/whoqol.html](http://www.hcpa.ufrgs.br/psiq/whoqol.html)
- Guimarães, L. A. M. (2002, Setembro a). Atualizações em saúde mental e trabalho: avanços e vicissitudes. Manuscrito. Trabalho não publicado. Trabalho apresentado em sessão de Comunicação Oral no I Congresso Brasileiro de Psicologia, São Paulo: Brasil.
- Guimarães, L. A. M. (2002, Setembro b). Burnout e depressão. Manuscrito. Trabalho não publicado. Trabalho apresentado em sessão de Comunicação Oral no I Congresso Brasileiro de Psicologia, São Paulo, Brasil.
- Guimarães, L. A. M., & Grubits, S. (1999). Saúde Mental e Trabalho, v.1. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Guimarães, M. H. S., & Nogueira, A. B. L. (2002). Stress no universitário. Trabalho apresentado em sessão de Painel no I Congresso Brasileiro de Psicologia, São Paulo, Brasil. [On-line]. Disponível: [www.abepsi.org.br/fr\\_cont.htm](http://www.abepsi.org.br/fr_cont.htm)
- Hahn, M. S. (1994). Estudo da clientela de um programa de atenção em saúde mental junto ao estudante universitário de São Carlos. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.
- Hahn, M. S., & Ferraz, M. P. T. (1998). Características da clientela de um programa de saúde mental para estudantes universitários brasileiros. Revista ABP-APAL, 20 (2):45-53.

Iglesias, R.B. (2002). Qualidade de vida de alunos-trabalhadores que cursam a graduação em enfermagem. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo-USP, Brasil.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2004). Pesquisa nacional por amostra de domicílios Pnad. [On-line]. Disponível: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/>

International and Off-Campus Studies. (2004). General Information. [On-line]. Disponível: <http://www.stolaf.edu/international/abroad/>

Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - INEP do Ministério da Educação - MEC. (2003). Relatórios. [On-line]. Disponível: [www.edudatabrasil.inep.gov.br](http://www.edudatabrasil.inep.gov.br)

Kagan, A. R., & Kagan, J. D. (1983). The quality of which life?. American Journal of Clinical Oncology, 6, 117-118.

Kaplan, R. M., & Busch, J.W. (1982). Health-related quality of live measurement for evaluation research and policy analysis. Physical Health , 1, 61-80.

Karch, R. (2002). Organizações intensificam a implantação de programas de qualidade de vida no ambiente de trabalho: Entrevista concedida ao jornalista L. Gonzaga Neto. [On-line]. Disponível: [www.manager.com.br](http://www.manager.com.br)

Kimura, M. (1999). Tradução para o português e validação do “Quality of Life Index”, de Ferrans e Powers. Tese de Livre Docência, Escola de Enfermagem – Universidade de São Paulo-USP, Brasil.

Laloni, D. T. (2001). Escala de Avaliação de Sintomas-90-R-SCL-90-R: adaptação, precisão e validade. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Brasil.

Lapierre, L. (1993). Interioridade, gestão e organização: Da realidade psíquica como fundamento da gestão. (J. R. Heloani, Trad.). In J. F. Chanlat (Coord.) O indivíduo na organização, v.2: Dimensões esquecidas (pp. 253-268). São Paulo: Atlas.

Laurell , A.C., & Noriega, M. (1989). Processo de produção e saúde. (A. Cohn, A. Pitta-Hoisel, A. I. Paraguay, & L. H. Barbosa, Trads.). São Paulo: Hucitec.

- Limongi-França, A. C. (2003). Qualidade de vida no trabalho. São Paulo: Atlas.
- Lipp, M. & Rocha, J. C. (1996). Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida. (2ª ed.). Campinas: Papyrus.
- Lipp, M. E. N. (1996). O stress no Brasil . *In* M. E. N. Lipp (Org.) Pesquisas sobre stress no Brasil: Saúde, ocupações e grupos de risco (pp. 297-304). Campinas: Papyrus.
- Loreto, G. (1985). Uma experiência de assistência psicológica e psiquiátrica a estudantes universitários. Tese de Livre Docência, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil.
- Makowska, Z., & Merecz, D. (2000). Usefulness of General Health Questionnaires for diagnosis of employees mental health. Medycyna-Pracy, 52 (6), 589-601.
- Marcuse, H. (1978). Eros e civilização. (A. Cabral, Trad.). (7ª ed.). Rio de Janeiro: Zahar. (Original publicado em 1955)
- Mauro, M. L.F. (1996). Saúde mental do adolescente trabalhador: Um estudo sobre estudantes de escolas noturnas do Distrito de Barão Geraldo, Campinas, SP. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas, Brasil.
- Marx, C. (1985). O capital – crítica da economia política vol.1. (R. Barbosa, & F. R. Kothe, Trans.). São Paulo: Nova Cultural. (Original publicado em 1867)
- Minarelli, J. A. (1995). Empregabilidade: O caminho das pedras. (17ª ed.). São Paulo: Gente.
- Neri, A. A. (1999). Prefácio. *In* A. A. Neri (Org.), Gestão por competências e a empregabilidade (pp. 7-12). Campinas: Papyrus.
- Neri, A. L. (1993). Qualidade de vida na idade madura. Campinas: Papyrus.
- Nunes, Z. B., Negri, G., Montejani, G. A., Gabrielli, J. M. W., & Pelá, N. T. R. (2001). Prisioneiro do serviço e da faculdade: O modo de vida do estudante de enfermagem trabalhador da enfermagem. Revista do Centro Universitário Barão de Mauá, 1, (2), jul-dez. [On-line]. Disponível: [www.baraodemaua.br/revista/v1n2/editorial.html](http://www.baraodemaua.br/revista/v1n2/editorial.html)
- Oliver, J., Huxley, P., Bridges, K., & Mohamad, H. (1996). Quality of life and mental health services. London: Routledge.



Oliveira, J. A. C. de. (1999). Qualidade de Vida em Estudantes Universitários de Educação Física. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, Campinas, Brasil.

Organização Mundial da Saúde - O.M.S. (2001). Relatório sobre a saúde mental no mundo 2001: Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. [On-line]. Disponível: [www.who.int/whr/](http://www.who.int/whr/)

Organização Mundial da Saúde - O.M.S. ( 1986/Novembro ). First International Conference on Health Promotion. [On-line]. Disponível: [www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa\\_charter\\_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf)

Pegado, P. (1995). Saúde e produtividade. Revista Proteção, VII (44), 52-57.

Piccoli, A. P. B. (2005). Qualidade de vida e alexitimia em estudantes de cursos técnicos. Dissertação de Mestrado (não publicada). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, Brasil.

Pregolato, A. P. (2005). Dissertação de Mestrado (não publicada). Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Brasil.

Prosser, D., Johnson, S., Kuipers, G., Szmukler, G. Bebbinton, P., & Thornicroft, G. (1999). Mental health, "burnout" and job satisfaction in a longitudinal study of mental health staff. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 34 (6), 295-300.

Pevalin, D. J. (2000). Multiple applications of the GHQ-12 in a general population sample: An investigation of long term retest effects. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 35 (11), 508-512.

Reinhold, H. H. (2002). O burnout. *In* M. E. N. Lipp (Org.) O stress do professor, (pp. 297-304). Campinas: Papirus.

Rossato, R. (1998). Universidade: Nove séculos de história. Passo Fundo: EDIUPF.

Rycroft, C. (1975). Dicionário crítico de psicanálise. (J. O. A. Abreu, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1968)

- Salomé, J. S. (2000). O ensino superior noturno frente à era do conhecimento. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil.
- Sartor, V. B. (2002). Modelos mentais e gestão do conhecimento. In M. T. Angeloni (Coord.), Organizações do Conhecimento (pp. 94-105). São Paulo: Saraiva.
- Seligmann Silva, E. (1992). Saúde Mental e trabalho. In S. A. Tundis & N. R. Costa (Orgs.), Cidadania e loucura: Políticas de saúde mental no Brasil (pp. 217-288). Petrópolis: Vozes.
- Silva, F. R. C. S. (2004). Validade Simultânea de Escala de Avaliação de Sintomas – 40/EAS-40 com estudantes universitários. Pesquisa de Iniciação Científica (PIBIC/CNPQ), Pontifícia Universidade Católica e Campinas.
- Sousa, M. L. A. de (1992). O estudante-trabalhador de enfermagem: desvelando essa nova realidade. Dissertação de Mestrado, Universidade de São Paulo, Brasil.
- Souza, J. C. R. P. (1995). Qualidade de vida e insônia em estudantes de psicologia da UCDB. Revista de Psiquiatria Clínica (São Paulo), 22 (2), 51-60.
- Souza, J. C., & Guimarães, L. A. M. (1999). Insônia e Qualidade de Vida. Campo Grande: UCDB.
- Spector, P. E. (2002). Psicologia nas organizações. (S. A. Visconte, Trad.). São Paulo: Saraiva.
- Speller, P. (2002). A rebelião dos estudantes: Editorial do reitor da Universidade Federal de Mato Grosso. [On-line] Disponível: [www.ufmt.br/ufmt/a\\_apal\\_reitor\\_25-11-2002.htm](http://www.ufmt.br/ufmt/a_apal_reitor_25-11-2002.htm)
- Stepke, F. L. (1997). Salud mental y calidad de vida en la sociedad postmoderna. Revista de Psiquiatria (Santiago de Chile), 14 (3), 139-42.
- Stewart, T. (1998). Capital intelectual. Rio de Janeiro: Campus.
- Tavares, H., & Chambouleyron, I. (2001). O desafio do ensino superior no século XXI. In I. Chambouleyron (Org.), Fórum de Reflexão Universitária – Unicamp.

Mais vagas com qualidade: O desafio do ensino superior no Brasil (pp. 41-64). Campinas: da Unicamp.

Tostes, M. A. (2002). Lista Brasileira de Qualidade de Vida. [On-line]. Disponível: [www.expansaoeventos.com.br/gieqv-index\\_gieqv.htm](http://www.expansaoeventos.com.br/gieqv-index_gieqv.htm)

Trassati, S. R., & Costa, M. I. (1999). Administração de recursos humanos por competências: A gestão do novo contrato entre pessoas e empresas do terceiro milênio. In A. A. Neri (Org.), Gestão por competências e a empregabilidade (pp. 13-30). Campinas: Papirus.

Vieira, L. C. (2001). Estresse ocupacional em enfermeiros de um hospital universitário da cidade de Campinas. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP, Brasil.

Velarde-Jurado, E., & Avila-Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. Salud Pública de México; 44 (4), 349-361.

Vicentim, V. R., Piccoli, A. P., Maciel, M. J. N., & Tombolato, M. C. R. (2003). Trabalhador-estudante: Auto-percepção de condição psicológica e física. In Anais da 23ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Psicologia (pp. 293). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil.

Vries, M. F. R. K. (1992). A inveja, grande esquecida dos fatores de motivação em gestão. (L. S. Gaino, Trad. Adapt.). In J. F. Chanlat (Coord.) O indivíduo na organização: Dimensões esquecidas (pp. 67-82). São Paulo: Atlas.

Vries, M. F. R. K., & Miller, D. (1993). Relações de transferência na empresa: Confusões e atritos no processo decisório. (O. L. S. Tôrres, Trad.). In J. F. Chanlat (Coord.) O indivíduo na organização, v.2: Dimensões esquecidas (pp. 103-121). São Paulo: Atlas.

Zamlutti, M. E. M., Cassiolato, R. A., & Pinto, S. L. M. (2002, Setembro). O stress em alunos universitários de psicologia em período normal de aula e em situação de prova. Trabalho apresentado em sessão de Painel do I Congresso Brasileiro de Psicologia, São Paulo, Brasil.

Wagner III, John A., & Hollembeck, J. R. (2000). Comportamento organizacional. (C. K. Moreira, Trad.). São Paulo: Saraiva.



## 7.1 Anexo A

Alguns estudos desenvolvidos no país que utilizam o WHOQOL-bref  
Ref.: Lista Brasileira de Qualidade de Vida, organizada por Tostes (2002).

### **Psicologia**

- área aspectos psicológicos e instrumentos: Instituto de Medicina Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro;
- área trabalho: Laboratório de Saúde Mental e Trabalho – LSMT – FCM / UNICAMP
- área trabalho e cardiologia: LSMT – UNICAMP/ Hospital do Câncer de Campo Grande MS;
- área HIV / AIDS: Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília;
- área obesidade e neurologia: Hospital de Base – Distrito Federal;
- área transtorno obsessivo-compulsivo: Universidade Federal do Rio de Janeiro
- área diabetes: Universidade federal de Santa Catarina
- área oncologia: Hospital Municipal Dr. Mário Gatti (Campinas/SP)
- área programas de qualidade de vida nas empresas e pacientes com dor crônica: Hospital das Clínicas de São Paulo

### **Psiquiatria**

- área estudantes universitários e população normal: Universidade São Francisco
  - área transtornos mentais, atenção primária e somatização: Universidade Estadual do Rio de Janeiro
- Enfermagem
- área câncer colorretal: Faculdade de Medicina USP
- Terapia Ocupacional
- área trabalho: LSMT, Enfermaria de Psiquiatria HC-UNICAMP;
  - área obesidade: USP – Ribeirão Preto
  - área populações indígenas e idosos institucionalizados: Universidade Católica Dom Bosco

**Educação Física**

- área HIV: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo USP

**Serviço Social**

- área idosos: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP
- área pacientes renais transplantados: LSMT – FCM / UNICAMP

## 7.2 Anexo B

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A pesquisa que você está sendo solicitado a participar visa investigar a qualidade de vida de estudantes universitários em instituição particular de ensino brasileira. A pesquisa está sendo realizada sob a responsabilidade da professora Maria Cláudia Roberta Tombolato (telefone de contato: 19-3243-2014), com orientação da Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida, professora dos cursos de Pós Graduação e de Graduação em Psicologia da PUC-Campinas. Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Nesta pesquisa você responderá a um instrumento de perfil socio-demográfico e dois de avaliação psicológica. Cada um destes visa identificar um aspecto, a saber: a) a percepção pessoal de bem-estar e de posição na vida em relação aos próprios objetivos, expectativas, padrões e preocupações, e, b) sintomas psicológicos. Os dados levantados nesta pesquisa serão agrupados em categorias para que se possa identificar correlação entre variáveis. Por isso, solicitar-se-á que você informe curso, registro acadêmico (RA) e algumas outras características socio-demográficas. As informações serão utilizadas exclusivamente para possibilitar a análise e pareamento de dados, não havendo nenhum risco de divulgação de sua identidade.

A aplicação dos instrumentos será feita pela pesquisadora responsável e/ou auxiliar envolvido na pesquisa.

Todos os dados que você fornecer serão tratados com a máxima confidencialidade. Em nenhum momento o seu nome será vinculado às suas respostas. Todos os dados serão apresentados em termos de grupo. Ao final desta pesquisa a faculdade receberá um informe com os principais resultados e conclusões.

Saiba que sua participação nesta pesquisa é totalmente voluntária e que você é totalmente livre para abandoná-la em qualquer momento, sem nenhuma penalidade por isto. Além disto, você poderá solicitar que se retire dela qualquer contribuição que você já tenha, eventualmente, prestado.

Eu declaro ter sido informado e compreendido a natureza e objetivo da pesquisa, e eu livremente consinto em participar. Declaro, ainda, ser maior de 18 anos.

Nome: \_\_\_\_\_

R.A.: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 2004

Assinatura: \_\_\_\_\_



### 7.3 Anexo C

Questionário Sócio-Demográfico Data: \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2004 R.A.: \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_

Marque com a caneta o que mais se aplica ao seu caso:

- Situação atual de trabalho:

não trabalha (1) desempregado (2) ou (3) trabalhador em exercício (empregado registrado, funcionário público, autônomo, negócio próprio ou estagiário)

- Categoria Ocupacional:

Indústria (1) Comércio (2) Serviços (3)

- Jornada de trabalho semanal:

até 20 hs = (1) de 21hs a 30 hs = (2) de 31 hs a 40 hs = (3) mais que 40hs = (4)

- Você recebe algum tipo de apoio efetivo da autoridade de trabalho (da empresa ou clientes) para que você realize seus estudos universitários?

Sim, apoio financeiro (1) Não, nenhum (3)

Sim, apoio moral (respeito pelas suas necessidades de estudos, reconhecimento, valorização) (2)

- Faculdade de \_\_\_\_\_

- Período da faculdade: matutino (1) noturno (2)

- Sexo: Feminino (1) Masculino (2)

- Idade: \_\_\_\_\_ anos completos

- Estado civil: solteiro (1) casado (2) vivendo como casado (3) Separado (4) Divorciado (5) Viúvo (6)

- Como está sua saúde? muito ruim (1) fraca (2) nem ruim nem boa (3) boa (4) muito boa (5)

- Problema de saúde atual / condição presente:

(marcar somente uma, que é a mais relevante para busca de um serviço de saúde)

Nenhum problema	00	Problema nervoso crônico ou emocional	10
Problema de coração	01	Problema crônico de pé (joanete, unha encravada)	11
Pressão alta	02	Hemorroidas ou sangramento no ânus	12
Artrite ou reumatismo	03	Doença de Parkinson	13
Câncer	04	Gravidez	14
Enfisema ou bronquite	05	Depressão	15
Diabetes	06	Doença de pele	16
Catarata	07	Queimaduras	17
Derrame	08	Problema de álcool ou drogas	18
Oso quebrado ou fraturado	09	Outros (especificar)	19

- Prática religiosa-espiritual / freqüência à igreja: Hábito regular e freqüente (1) às vezes ou nunca (2)

## 7.4 Anexo D





## 7.5 Anexo E

## 7.6 Anexo F

Carta aos Diretores

Campinas, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2004

Prezado Sr. Exmo.

Prof. \_\_\_\_\_

Diretor da Faculdade de \_\_\_\_\_

Vimos, através desta, solicitar permissão para conduzir levantamento de dados para um estudo sobre Qualidade de vida do estudante universitário junto aos alunos desta faculdade.

Para seu conhecimento, anexamos resumo do projeto deste estudo.

No projeto incluímos o compromisso de informar formalmente aos alunos e faculdades participantes os resultados da pesquisa, assim que esta for finalizada.

Colocamo-nos à disposição para quaisquer outros esclarecimentos que se façam necessários.

Atenciosamente,

---

Maria Cláudia Roberta Tombolato

## 7.7 Anexo G

Campinas, --- de --- de 2003

Ao  
Comitê de Ética em Pesquisa

---

Senhores Professores,

Encaminho às V.Sas. exemplares do projeto de pesquisa de minha autoria para avaliação e aprovação.

Conheço a resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos e comprometo-me a cumpri-la em toda sua extensão e complexidade.

Atenciosamente,

---

Profa. Maria Cláudia Roberta Tombolato

C. R. P. 15996-5

**7.8 Anexo H**





