

UNIVERSIDADE METODISTA DE SÃO PAULO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA DA SAÚDE

ÉRIKA CORREIA SILVA

**QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR SUBJETIVO DE
ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS**

SÃO BERNARDO DO CAMPO

2012

ÉRIKA CORREIA SILVA

QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR SUBJETIVO DE
ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação,
Mestrado em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista
de São Paulo - UMESP, como pré-requisito para obtenção do
título de Mestre em Psicologia da Saúde.

Orientadora: Prof^a Dra. Maria Geralda Viana Heleno.

SÃO BERNARDO DO CAMPO

2012

FICHA CATALOGRÁFICA

| | |
|------|---|
| S38q | <p>Silva, Érika Correia Qualidade de vida e bem-estar subjetivo de estudantes universitários / Érika Correia Silva. 2012. 79 f.</p> <p>Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Faculdade de Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2012. Orientação de: Maria Geralda Viana Heleno.</p> <p>1. Promoção e prevenção da saúde 2. Qualidade de vida 3. Bem-estar subjetivo 4. Estudantes universitários I. Título</p> <p>CDD 157.9</p> |
|------|---|

A dissertação de mestrado sob o título “Qualidade de Vida e Bem-Estar Subjetivo de Estudantes Universitários”, elaborada por Érika Correia Silva foi apresentada e aprovada em 05 de março de 2012, perante banca examinadora composta por Maria Geralda Viana Heleno (Presidente/UMESP), Alacir Villa Valle Cruces (Titular/UMESP) e Marian Ávila de Lima e Dias (Titular/UNIFESP).



Profª Dra. Maria Geralda Viana Heleno
Orientadora e Presidente da Banca Examinadora

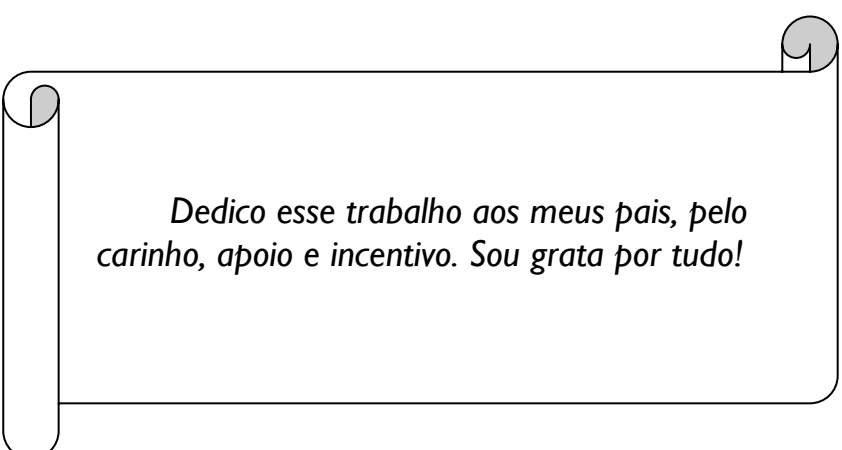


Profª Dra. Maria Geralda Viana Heleno
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação

Programa: Pós-Graduação em Psicologia da Saúde

Área de Concentração: Psicologia da Saúde

Linha de Pesquisa: Processos Psicossociais



Dedico esse trabalho aos meus pais, pelo carinho, apoio e incentivo. Sou grata por tudo!

AGRADECIMENTOS

A Deus e à minha família em especial.

À minha querida orientadora Maria Geralda Viana Heleno por todo empenho, dedicação e confiança. Meus sinceros agradecimentos.

As professoras Marian Ávila de Lima e Dias e Alacir Villa Valle Cruces por terem aceitado participar da banca examinadora. Agradeço pela disponibilidade e pelas valiosas contribuições.

Aos professores Manuel Morgado Rezende e Hilda Rosa Capelão Avoglia pelo acolhimento e incentivo.

Aos professores do Mestrado pelo estímulo à pesquisa e por me proporcionarem conhecimento e aprendizagem.

A todos os amigos do Mestrado que me proporcionaram momentos agradáveis, de troca de experiências, além de companhia e amizade. Especialmente à amiga Cássia Souza Rocha.

À bibliotecária Rosangela de Souza Garcia por toda orientação para formatação dessa dissertação.

Às professoras Cecília Aparecida Vaiano Farhat e Maria do Carmo Fernandes Martins pelo auxílio na análise estatística dos dados.

Aos professores Dennis Fernandes Alves Bessada, Leonardo Sioufi Fagundes dos Santos e Karen de Lolo Guilherme Paulino que gentilmente me cederam espaço em suas aulas para a aplicação do questionário.

Aos estudantes que se dispuseram a participar dessa pesquisa. Agradeço a todos!

Às minhas colegas de trabalho por toda troca de experiência e estímulo.

Ao Robson Marcel da Silva pelo carinho e incentivo constante.

E a todos aqueles que, de alguma forma, contribuíram para essa pesquisa, os meus sinceros agradecimentos.

**"Não podemos fazer tudo imediatamente, mas
podemos fazer alguma coisa desde já"**

Calvin Coolidge

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1 – Escores médios do domínio físico do <i>WHOQOL-Bref</i> | 43 |
| Figura 2 – Escores médios do domínio psicológico do <i>WHOQOL-Bref</i> | 43 |
| Figura 3 – Escores médios do domínio relações sociais do <i>WHOQOL-Bref</i> | 44 |
| Figura 4 – Escores médios do domínio meio ambiente do <i>WHOQOL-Bref</i> | 44 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos estudantes universitários com relação ao gênero, idade, faixa etária e curso | 34 |
| Tabela 2 – Domínios e questões do <i>WHOQOL-Bref</i> | 36 |
| Tabela 3 – Distribuição dos estudantes universitários segundo as características sociodemográficas | 38 |
| Tabela 4 – Distribuição dos estudantes universitários segundo a presença de dificuldades emocionais e de adaptação | 40 |
| Tabela 5 – Distribuição descritiva das questões 1 e 2 do <i>WHOQOL-Bref</i> | 41 |
| Tabela 6 – Escores médios e seus respectivos desvios padrão dos domínios do <i>WHOQOL-Bref</i> e do índice geral..... | 42 |
| Tabela 7 – Frequência e percentual das respostas para as questões pertencentes ao domínio físico | 45 |
| Tabela 8 – Frequência e percentual das respostas para as questões pertencentes ao domínio psicológico..... | 46 |
| Tabela 9 – Frequência e percentual das respostas para as questões pertencentes ao domínio relações sociais | 48 |
| Tabela 10 – Frequência e percentual das respostas para as questões pertencentes ao domínio meio ambiente | 48 |
| Tabela 11 – Comparação entre variáveis sociodemográficas e o domínio físico..... | 51 |
| Tabela 12 – Comparação entre variáveis sociodemográficas e o domínio psicológico .. | 51 |
| Tabela 13 – Comparação entre variáveis sociodemográficas e o domínio relações sociais | 53 |

| | |
|--|----|
| Tabela 14 – Comparação entre variáveis sociodemográficas e o domínio meio ambiente | 53 |
| Tabela 15 – Escores médios e seus respectivos desvios padrão dos três fatores da Escala de Bem-Estar Subjetivo - EBES e do índice geral | 55 |
| Tabela 16 – Frequência e porcentagem do estado de bem-estar subjetivo geral..... | 56 |
| Tabela 17 – Frequência e porcentagem do estado de afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida..... | 56 |
| Tabela 18 – Comparação entre variáveis sociodemográficas e o afeto positivo | 57 |
| Tabela 19 – Comparação entre variáveis sociodemográficas e o afeto negativo | 58 |
| Tabela 20 – Comparação entre variáveis sociodemográficas e a satisfação com a vida. | 60 |
| Tabela 21 – Matriz de correlação (r de Pearson) entre os escores dos domínios do <i>WHOQOL-Bref</i> e os escores dos fatores da Escala de Bem-Estar Subjetivo - EBES | 60 |

RESUMO

Considerando a expansão do ensino superior e do aumento do número de estudantes universitários, aumentam-se as demandas e a necessidade de se promover um desenvolvimento integral para o estudante. Diante disso, esse estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo de estudantes universitários. Trata-se de um estudo descritivo, quantitativo e de delineamento transversal, no qual foram utilizados o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida (*WHOQOL-Bref*) da Organização Mundial da Saúde - OMS, a Escala de Bem-Estar Subjetivo - EBES e um Questionário de Caracterização Sociodemográfica. Participaram desse estudo 257 estudantes de ambos os gêneros e de seis cursos de graduação de uma universidade federal. A análise dos dados da qualidade de vida mostrou que o domínio com maior média (15,23) foi o de relações sociais e o pior (12,87) foi o de meio ambiente. Quando comparado a outros estudos, esses estudantes, em geral, apresentaram pior qualidade de vida. Quanto aos fatores da Escala de Bem-Estar Subjetivo foi encontrado maior média (3,80) na frequência de emoções negativas em comparação com as emoções positivas (3,27) e com a satisfação com a vida (3,57). A maioria dos estudantes, 185 (72%) apresentaram bem-estar subjetivo moderado. Através desses resultados, faz-se necessário pensar em ações de prevenção e promoção da saúde com o objetivo de amenizar ou eliminar os aspectos negativos encontrados e de fortalecer os positivos. Os resultados desse estudo apontam para a necessidade de uma ampliação das políticas de assistência ao estudante, com intervenções psicossociais que objetivem melhorar os índices de bem-estar subjetivo e de qualidade de vida.

Palavras-chave: qualidade de vida; bem-estar subjetivo; estudantes universitários; prevenção de doenças; promoção da saúde.

ABSTRACT

Considering the expansion of higher education and the increase in the number of university students, the higher the demands and the need to promote the integral development of the student. Before it, this study aimed to evaluate the quality of life and the subjective well-being of students. This is a descriptive study, quantitative and cross-sectional design, in which were used the Instrument to Assess Quality of Life (WHOQOL-Bref) from the World Health Organization - WHO, the Scale of Subjective Well-being and a Questionnaire of Sociodemographic Characteristics. Participated in this study 257 students of both genders and six undergraduate courses in a national university. The data analysis of the quality of life showed that the area with the highest average score (15.23) was the social relations and the worst (12.87) was the environment. When compared to other studies these students in general showed a worse quality of life. As for the scale factors of subjective well-being was found higher mean score (3.80) at the frequency of negative emotions in comparison with the positive emotions (3.27) and with the satisfaction with life (3.57). The majority of students, 185 (72 %) showed subjective well-being moderate. Through these results, it is necessary to think of actions for the prevention and health promotion with the aim of minimizing or eliminating the negative aspects found to strengthen the positive. The results of this study indicate the need for expansion of the policies to assist the student, with psychosocial interventions with the aim of improving the indices of subjective well-being and quality of life.

Key-words: quality of life; subjective well-being; university students; prevention of diseases; health promotion.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 12 |
| 1.1 PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE | 14 |
| 1.2 QUALIDADE DE VIDA | 20 |
| 1.3 BEM-ESTAR SUBJETIVO | 24 |
| 1.4 ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS | 28 |
| 1.5 OBJETIVO | 33 |
| 2 MÉTODO | 34 |
| 2.1 PARTICIPANTES | 34 |
| 2.2 LOCAL | 34 |
| 2.3 INSTRUMENTOS | 35 |
| 2.4 PROCEDIMENTOS | 37 |
| 3 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 38 |
| 4 CONCLUSÃO..... | 62 |
| REFERÊNCIAS | 66 |
| ANEXO A – WHOQOL-Bref | 73 |
| ANEXO B – Escala de Bem-Estar Subjetivo - EBES | 74 |
| ANEXO C – Questionário de Caracterização Sociodemográfica | 76 |
| ANEXO D – Autorização da Universidade | 77 |
| ANEXO E – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa | 78 |
| ANEXO F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE | 79 |

1 INTRODUÇÃO

Na psicologia a maioria das pesquisas tem como foco o estudo do sofrimento e das doenças. A psicologia da saúde, enquanto uma vertente da psicologia, estuda o processo saúde-doença, trazendo contribuições para o estudo não só da doença, mas também da saúde. Tem foco na investigação de fatores biopsicossociais na constituição da saúde e da doença e tem entre uma de suas vertentes a psicologia positiva (CALVETTI et al., 2006).

A psicologia positiva vem ganhando espaço nas últimas décadas e tem como foco a investigação da saúde, dos aspectos positivos, como os de qualidade de vida, felicidade e bem-estar. Enfatiza o estudo das qualidades e recursos positivos da existência humana, tirando o olhar investigatório dos aspectos negativos e relacionados à doença (SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000; FLECK, 2008).

Pressupõe que a predominância de aspectos positivos na vida de um indivíduo proporcionará efeitos no sistema fisiológico, o que irá retardar ou prevenir o aparecimento de doenças (SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000).

Muitos estudos estão sendo realizados com o objetivo de investigar quais fatores estão relacionados com altos graus de bem-estar e felicidade e a conseqüente melhora na qualidade de vida (SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000). Diener, Suh e Oishi (1997) se destacam como pesquisadores do bem-estar subjetivo, conceito esse baseado em uma concepção positiva e que inclui a satisfação com a vida, a presença de emoções positivas e a ausência de emoções negativas.

O estudo do bem-estar subjetivo tem origem na psicologia positiva e busca compreender a avaliação que os indivíduos fazem sobre suas vidas, considerando aspectos como satisfação, felicidade e frequência com que experimentam emoções positivas e negativas (ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI, 2004).

Entretanto, muitos pesquisadores relacionam o conceito de bem-estar subjetivo ao de qualidade de vida, principalmente por ambos os conceitos estarem relacionados à percepção de satisfação com diversos aspectos da vida (JESUS, 2006).

O termo qualidade de vida é estudado há quase um século, porém, existem divergências sobre sua conceituação na literatura científica. Em geral é aceito que a qualidade de vida refere-se à percepção de satisfação em relação aos aspectos físicos, emocionais, de bem-estar, relações sociais, estilo de vida, habitação e situação econômica (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Benjamin (1994) fez um levantamento de estudos sobre qualidade de vida e estudantes universitários e concluiu que existe pouca literatura a respeito e que a maioria dos estudos investiga aspectos negativos e de doença. Souza (2007) e Chatterji e Bickenbach (2008) acrescentam que o estudo da qualidade de vida é importante, pois ter uma boa qualidade de vida contribui para a melhora do bem-estar e da saúde.

Santos et al. (2005) identificaram que a maioria das pesquisas envolvendo estudantes universitários estuda fenômenos que envolvem o processo acadêmico e aspectos negativos, sendo que poucos se direcionam para o estudo de aspectos positivos da vivência do estudante, como os de qualidade de vida e bem-estar.

A expansão da educação superior e o conseqüente crescimento do número de estudantes universitários têm gerado reflexões sobre novas demandas que passam a surgir, não apenas acadêmicas, mas também relacionadas ao desenvolvimento psicossocial do estudante (SCHLEICH, 2006; JOLY; SANTOS; SISTO, 2005).

O ingresso no ensino superior pode ser visto como uma nova fase que implica em mudanças e adaptações que nem sempre são bem realizadas, podendo gerar um momento de crise, com a presença de estresse e ansiedades (BOHRY, 2007).

Dessa forma, considera-se como relevante o estudo de aspectos positivos, como os de qualidade de vida e bem-estar subjetivo para compreender a experiência individual de avaliação da vida em estudantes universitários.

Esse estudo, mais do que uma investigação científica, está relacionado ao fato da minha atuação profissional enquanto psicóloga estar voltada ao atendimento de estudantes de uma universidade federal e, assim, irá fornecer conhecimentos relevantes que poderão subsidiar intervenções psicológicas na área de promoção e prevenção da saúde mental.

Através da investigação de aspectos da qualidade de vida e do bem-estar subjetivo dos estudantes universitários será possível identificar as fragilidades e os recursos dos mesmos e proporcionar ou propor condições para a melhora do bem-estar subjetivo e da qualidade de vida.

1.1 PROMOÇÃO E PREVENÇÃO DA SAÚDE

Os conceitos de promoção de saúde e prevenção evoluíram com a história da humanidade a partir dos conceitos de saúde e doença.

A história da saúde e da doença pode ser caracterizada por diversas perspectivas, desde a relação da saúde voltada aos aspectos fisiológicos e ambientais até os comportamentais (MARCONDES, 2004; RIBEIRO, 2005).

Ribeiro (2005) fez um levantamento teórico sobre como esses conceitos evoluíram e explica que desde a origem do homem o pensamento estava voltado para crenças de que o bem-estar e a saúde eram resultados do equilíbrio entre aspectos ambientais, tais como a água, o vento, a terra, os alimentos e o modo de viver do homem.

Nesse pensamento que durou até meados do século XVII, saúde e doença eram vistos como dimensões dependentes e inter-relacionadas. Após esse período, começa a se desenvolver o modelo biomédico, com o surgimento do Iluminismo e de um pensamento científico (RIBEIRO, 2005).

No modelo biomédico tradicional tem-se a visão da doença como tendo um funcionamento próprio, o que permitiu que fosse alcançado o princípio de que todos os sistemas corporais funcionavam como um todo, ou seja, da mesma forma, e a partir desse modelo pôde-se reduzir os sistemas a pequenas partes e inclusive estudar as características universais de cada doença (RIBEIRO, 2005; MARCONDES, 2004).

Os ideais do modelo biomédico centrados nos aspectos físicos e na doença permitiram a primeira revolução da saúde, que ocorreu em meados do século XIX e foi caracterizada pela aplicação prática do modelo biomédico, com ênfase para o desenvolvimento de práticas modernas na área de saúde pública. Passou-se a se preocupar com a consequente disseminação de doenças e com a prevenção das mesmas. O foco da intervenção estava voltado para o controle das doenças (RIBEIRO, 2005).

Na década de 1970 teve início a segunda revolução da saúde, caracterizada pelo foco não mais na doença, mas sim na saúde, na promoção da saúde. Esta revolução deveu-se ao fato dos estudos constatarem que muitas doenças são ocasionadas por fatores comportamentais (RIBEIRO, 2005).

A partir dessa ênfase em intervenções voltadas à saúde, surge a terceira revolução da saúde, relacionada a ações que visam à redução dos custos com a área da saúde. O aumento da

expectativa de vida começa a preocupar os serviços de saúde em sua capacidade de atendimento e de gastos (RIBEIRO, 2005).

Siclar (2007) concluiu que o conceito de saúde e doença reflete a conjuntura social, econômica, política e cultural de uma sociedade, dependendo de concepções científicas, religiosas, filosóficas e de valores individuais, e dessa forma, tanto a saúde como a doença não são vistas da mesma forma por todas as pessoas.

A saúde constituiu-se como um conceito específico e como objeto de investigação e de intervenção. A Organização Mundial da Saúde - OMS, na sua Constituição datada de 1946 define saúde como: “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade” (p.1), conceito esse que tem sido bastante criticado por não condizer com uma realidade factual, sendo a saúde vista como algo ideal e inatingível. Mas, apesar disso, esse conceito tem sido amplamente utilizado e se encaixa nos princípios atuais de que a saúde é um pré-requisito para o bem-estar (RIBEIRO, 2005; SICLAR, 2007).

Para alcançar um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um indivíduo deve ter a capacidade de identificar seus desejos, satisfazer suas necessidades, mudar e lidar de forma adequada com o ambiente. É necessário que um indivíduo tenha controle sobre sua saúde e que busque seu bem-estar e melhora na qualidade de vida (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1986; RIBEIRO, 2005).

Para Power (2008), a definição da OMS constituiu o ponto de partida para uma visão holística da saúde que trouxe diversas contribuições para a avaliação da saúde, do bem-estar e mais amplamente da qualidade de vida.

O atual conceito de saúde muda o foco do individual para o coletivo, para ações de promoção, prevenção e proteção da saúde, com destaque para intervenções que também visem à qualidade de vida e o bem-estar dos indivíduos (MARCONDES, 2004; RIBEIRO, 2005).

Buss (2000, p.167) refere-se à saúde como:

Produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde.

Na área psicológica, a psicologia da saúde se destaca como um campo de estudo para o processo saúde-doença. Com foco no modelo biopsicossocial, esse campo de estudo parte de uma perspectiva que considera os processos biológicos, psicológicos e sociais como

integralmente envolvidos tanto na constituição da saúde como na doença (CALVETTI et al., 2006).

Jesus (2006) acrescenta que a psicologia da saúde apresenta maior amplitude de análise e intervenção, pois considera os diversos domínios de estudo da psicologia e sua intervenção pode envolver o indivíduo, grupos ou comunidades, não se limitando apenas ao indivíduo como ocorre na psicologia clínica.

A psicologia da saúde apresenta contribuições que englobam recursos educacionais, científicos e profissionais para ações de prevenção, promoção e manutenção da saúde e tem como objetivo principal a investigação de fatores biológicos, comportamentais e sociais que influenciam o processo de saúde e doença. Além disso, apresenta uma visão interdisciplinar, que considera essencial para uma melhor compreensão desse processo e enfatiza a importância do estudo de fatores que proporcionam qualidade de vida e bem-estar subjetivo (CALVETTI et al., 2006; JESUS, 2006).

Com a ampliação do conceito de saúde e da compreensão do processo saúde-doença passou-se a priorizar a visão de saúde com foco em sua promoção.

O movimento pela promoção da saúde surgiu no Canadá por volta dos anos 70 do século XX, tendo como maior objetivo discutir sobre os altos custos da assistência médica e da abordagem exclusivamente médica para o tratamento de doenças (BUSS, 2000).

A partir desse primeiro movimento, a promoção da saúde também começou a ser discutida na área de saúde pública. Na Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde (OMS, 1986) a promoção da saúde é definida como: "... o processo de capacitar as pessoas para aumentar o controle sobre, e para melhorar, sua saúde" (p.1).

Essa carta tornou-se uma referência fundamental para o desenvolvimento de ideias e ações de promoção da saúde em todo o mundo, por definir políticas e estratégias de ações relacionadas à elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes favoráveis à saúde, empoderamento de comunidades, desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais e reorientação dos serviços de saúde (FREITAS, 2003).

A promoção da saúde está embasada na aceitação da premissa de que nossos comportamentos e a forma como vivemos têm impacto sobre nossa saúde e que mudanças adequadas podem favorecê-la, o que reforça a responsabilidade dos indivíduos e das comunidades (BENNETT; MURPHY, 1997; BUSS, 2000).

Dessa forma, a saúde pode ser considerada como um processo dinâmico e que está em constante mudança, que incorpora as condições de vida de um determinado indivíduo, sendo que estas condições são geradas pelas relações sociais desenvolvidas e estão relacionadas à

alimentação, saúde, educação, lazer, renda, ambiente físico, entre outros aspectos (MARCONDES, 2004).

Além disso, a saúde pode ser compreendida como consequência de uma complexa interação entre aspectos sociais, ambientais, biológicos e psicológicos, ou seja, a saúde pode ser vista através do modelo biopsicossocial, em que diversos fatores interagem entre si e determinam o processo de saúde e doença (BENNETT; MURPHY, 1997; CALVETTI et al., 2006)

Para exemplificar esta interação podemos citar fatores de alimentação, hábitos, estilo de vida, estresse, personalidade do indivíduo, o estado de saúde, o ambiente, condição socioeconômica, etnia, entre outros fatores que interferem no processo de saúde-doença (BENNETT; MURPHY, 1997).

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, em 2008, 31,3% da população brasileira relataram apresentar alguma doença, sendo que o percentual (35,2) de mulheres com doenças foi superior ao de homens (27,2%).

Marinho (2007) explica que os comportamentos que mais podem colocar a saúde em risco, gerando alguma doença, estão relacionados à falta de atividade física, alimentação inadequada e consumo de álcool ou tabaco.

Silva et al. (2008) explicam que o tabagismo é um problema de saúde pública que gera além de uma dependência física, a dependência psicológica, pela sensação de prazer e de relaxamento proporcionado pela nicotina.

Além disso, Rodrigues, Cheik e Mayer (2008) e Rabelo et al. (1999) acrescentam que o tabagismo e o sedentarismo são fatores de risco para o aumento da mortalidade e o desenvolvimento de doenças crônicas, sendo que a prática de atividade física está associada a um melhor padrão de saúde, também considerado fator protetor contra o início do hábito de fumar.

No relatório do perfil socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das universidades federais brasileiras desenvolvido pelo Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis – FONAPRACE (2011) foi identificado que 14% dos estudantes apresentavam o hábito de fumar.

O comportamento dos indivíduos tem assumido importância não apenas como objeto de estudo, mas como fator de morbidade e mortalidade, o que nos conduz a entender que a qualidade de vida e o bem-estar estão associados a comportamentos positivos frente à saúde (MARINHO, 2007).

Assim, a promoção da saúde com foco no comportamento e no estilo de vida dos indivíduos busca transformar comportamentos de risco em comportamentos adequados, que não gerem riscos à saúde. São comportamentos que o indivíduo pode controlar e que, portanto, é possível uma mudança positiva. O hábito de fumar é um comportamento que gera riscos à saúde e que pode deixar de ser um hábito dependendo de uma mudança de comportamento do indivíduo (BUSS, 2000; 2003).

Para promover a saúde é necessário desenvolver políticas públicas saudáveis, criar ambientes favoráveis com a promoção de padrões de vida, estudo, trabalho e lazer que tenham impacto positivo sobre a saúde, reforçar as ações comunitárias para aumentar o apoio social, desenvolver habilidades pessoais e aumentar o controle sobre a saúde (OMS, 1986). Buss (2000) ainda acrescenta que a promoção da saúde pode ser desenvolvida através de trabalhos de educação em saúde e de aconselhamentos.

Sendo assim, a promoção da saúde é vista como uma estratégia promissora para enfrentar os diversos problemas de saúde, seja mental ou físico, pois parte de uma visão ampla sobre os processos que envolvem a saúde e a doença e objetiva aumentar a saúde e o bem-estar geral (BUSS, 2000; 2003).

A promoção e a prevenção da saúde são conceitos atuais que se fundamentam no reconhecimento da insuficiência do modelo biomédico enquanto intervenção na área da saúde. Modelo esse voltado para um trabalho individual e com foco na doença (MARCONDES, 2004; SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003).

A prevenção de doenças atua na detecção, controle e enfraquecimento de fatores de risco à saúde, seu foco está voltado para a doença e nos meios de evitá-la ou combatê-la (BUSS, 2003).

A prevenção, enquanto um conceito de intervenção na área da saúde pode ser dividida em primária, secundária e terciária. Caplan (1980) discute e exemplifica esses três conceitos de forma clara e compreensível.

A prevenção primária pode ser definida como uma intervenção com foco comunitário que tem como objetivo reduzir a taxa de novos casos de doenças numa determinada população, interferindo nas circunstâncias que estejam causando uma doença, ou seja, envolve a proteção dos indivíduos contra agentes patológicos visando aumentar a saúde e o bem-estar geral (CAPLAN, 1980; BUSS, 2003).

Para esse tipo de intervenção a investigação das causas das doenças e do motivo de saúde de certa comunidade torna-se essencial para a compreensão do que leva alguns indivíduos a ficarem doentes e outros a manterem a saúde (CAPLAN, 1980).

A prevenção primária inclui a provisão de suprimentos básicos, que são: os suprimentos físicos, relacionados a uma alimentação adequada, higiene e assistência médica. Suprimentos psicossociais, fornecidos através de relações familiares e sociais saudáveis. Suprimentos socioculturais, relacionados ao sistema educacional, político, legislativo e de práticas culturais (Caplan, 1980).

Segundo Caplan (1980) é necessário que esses suprimentos básicos sejam assegurados como forma de prevenir distúrbios mentais. Quando um indivíduo tem estes suprimentos mantidos de forma adequada, isso faz com que melhore seu ajustamento e adaptação durante um momento de crise.

Com relação à prevenção secundária, Caplan (1980) explica que essa está relacionada à identificação de uma doença e sua intervenção busca reduzir a taxa de incapacidade gerada por essa doença. Para esta prevenção é essencial que seja realizado um diagnóstico precoce e que seja feito um tratamento eficaz.

A prevenção terciária refere-se a uma intervenção voltada para a reabilitação da incapacidade gerada por uma doença e envolve a redução do tempo em que um indivíduo fica incapacitado, sua inclusão social e melhora do bem-estar (CAPLAN, 1980).

Caplan (1980) concluiu que apesar de cada uma dessas prevenções apresentarem objetivos específicos, as mesmas se complementam com a finalidade de proporcionar saúde e de diminuir a incidência de doenças e seus agravos.

É importante enfatizar, conforme relatório da OMS (2002, p.24) que: “A saúde mental é tão importante quanto à saúde física para o bem-estar dos indivíduos, das sociedades e dos países”.

1.2 QUALIDADE DE VIDA

O termo qualidade de vida possui raízes históricas tanto na cultura ocidental como na oriental, mas sua definição e avaliação passaram a ser discutidas e utilizadas na literatura científica após a década de 30 do século XX, principalmente nos Estados Unidos (SEID; ZANNON, 2004).

Após a segunda guerra mundial, a qualidade de vida era basicamente avaliada através dos bens materiais que um indivíduo adquiria. Nessa época era considerado como aspecto positivo a riqueza econômica e como aspecto negativo o aumento do crescimento populacional (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005; SEID; ZANNON, 2004).

Posteriormente, o entendimento do termo qualidade de vida sofreu mudanças e foi ampliado para além da concepção de que o desenvolvimento econômico de uma determinada sociedade demonstraria sua qualidade de vida. Assim, também passaram a ser considerados o desenvolvimento social, que inclui saúde, educação, condições de moradia, transporte e lazer (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005; BERNARDES, 2008).

Por volta da década de 1970, o conceito de qualidade de vida começa a ser utilizado e discutido na área da saúde como uma maneira de medir a forma como as pessoas viviam após o aparecimento de uma doença e o controle dos sintomas (FLECK, 2008).

Na década de 1980, ampliando ainda mais, o conceito de qualidade de vida começa a ser discutido não apenas por seus componentes objetivos, mas também por seus componentes subjetivos. Esses relacionados à percepção particular dos indivíduos, como de bem-estar e felicidade (BERNARDES, 2008).

Berlim e Fleck (2003) acrescentam que a natureza subjetiva do termo qualidade de vida está relacionada à compreensão de que experiências anteriores, estado mental, personalidade e expectativas de um indivíduo influenciam a avaliação de sua qualidade de vida.

O termo qualidade de vida abrange muitos significados que foram se diferenciando através da mudança de contextos históricos, culturais, sociais e econômicos que envolvem indivíduos e coletividades (DANTAS; SAWADA; MALERBO, 2003).

Fleck (2008) explica que existe um consenso sobre a importância de se avaliar a qualidade de vida, mas sua conceituação ainda é bastante discutida, o que considera algo comum e compreensível pela quantidade de características e indicadores relacionados à qualidade de vida.

Apesar de não haver um consenso sobre a definição de qualidade de vida, existe certa concordância com relação aos pesquisadores do tema de que a qualidade de vida apresenta características complexas, subjetivas e multidimensionais (DANTAS et al., 2003).

A definição do termo qualidade de vida é uma tarefa difícil e complexa, pois a qualidade de vida de um indivíduo depende tanto de fatores intrínsecos como extrínsecos, o que varia de indivíduo para indivíduo a depender de características do seu cotidiano, hábitos e estilo de vida (KAWAKANE; MIYADAHIRA, 2005).

Mas, a definição de qualidade de vida utilizada nesse estudo é a proposta pela Organização Mundial da Saúde - OMS em seu grupo de estudo *The Whoqol Group*, como:

“A percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, no contexto da cultura e dos sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL-BREF, 1996, p.6).

Esse conceito definido pela OMS é um dos mais utilizados para o entendimento do termo qualidade de vida por englobar mais aspectos que estão relacionados à qualidade de vida, como a inter-relação entre aspectos ambientais, relacionais, psicológicos, físicos e nível de independência (KAWAKAME; MIYADAHIRA, 2005; FLECK, 2000; 2008).

Além disso, esta definição compreende que a qualidade de vida é avaliada de forma subjetiva e é um conceito que sofre influência do contexto cultural, social e ambiental. Não devendo ser considerado sinônimo de bem-estar, estilo de vida, estado de saúde ou de estado mental (CHACHAMOVICH; FLECK, 2008).

Fleck (2008) acrescenta que o conceito de qualidade de vida desenvolvido pela OMS inclui três aspectos fundamentais, que são: subjetividade, definida como a perspectiva do indivíduo frente às questões da vida; multidimensionalidade, que está relacionada à qualidade de vida ser composta por diversas dimensões e a presença de dimensões positivas e negativas.

Outros autores contribuem para um melhor entendimento do termo qualidade de vida, como Minayo, Hartz e Buss (2000) que complementam que o termo qualidade de vida parte de uma noção mais voltada para o grau de satisfação que um indivíduo encontra em diversas áreas de sua vida.

Sendo assim, o mínimo necessário para se considerar uma boa qualidade de vida refere-se à satisfação das necessidades básicas do ser humano, como alimentação adequada, habitação, educação, trabalho, saúde e lazer. E além dessas necessidades é essencial que outras ocorram, como sentimentos de conforto, bem-estar e realização pessoal (MINAYO et al., 2000).

Para Souza (2007, p.1) a “qualidade de vida é a medida do grau de satisfação das pessoas com os aspectos físicos, emocionais, bem-estar social, estilo de vida, moradia e situação econômica”.

Ambos os conceitos, da OMS (1996) e de Souza (2007) elucidam a ideia de que qualidade de vida se refere a um conceito subjetivo, multidimensional e que abrange aspectos físicos, psicológicos, de relações sociais e crenças pessoais (FLECK, 2000; MINAYO et al., 2000; SEIDL; ZANNON, 2004). Para esse estudo decidiu-se por utilizar o instrumento *WHOQOL-Bref*, por este considerar as várias dimensões que englobam o conceito de qualidade de vida desenvolvido pela OMS.

Pelo fato da qualidade de vida ser considerada um conceito subjetivo, Minayo et al. (2000, p.6) esclarecem que:

O termo abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto, uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Oliveira (2006) ainda acrescenta que um conceito mais amplo e abrangente de qualidade de vida inclui as condições de vida, o estilo de vida e o modo de vida de um indivíduo ou população. Os recentes estudos sobre qualidade de vida também começam a analisar a importância de se considerar as condições sociais, ambientais e educacionais para se avaliar a qualidade de vida.

Na área da saúde, o interesse pelo conceito de qualidade de vida tem crescido nas últimas décadas e grande parte do seu entendimento segue a mudança de paradigma relacionada ao processo saúde-doença, com ênfase para a qualidade de vida como um conceito multifatorial e complexo (SEIDL; ZANNON, 2004).

A partir da concepção de que a saúde e a doença são vistas como processos que englobam aspectos socioeconômicos, culturais, experiências pessoais e estilo de vida, e com essa mudança de paradigma que prioriza o conceito de saúde, a qualidade de vida passou a ser um resultado esperado para as práticas na área de assistência à saúde, principalmente nas intervenções relacionadas à prevenção e promoção da saúde (SEIDL; ZANNON, 2004).

No âmbito da saúde a qualidade de vida é vista em um sentido amplo e seu estudo busca a compreensão das necessidades humanas fundamentais, com foco na promoção da saúde como a intervenção mais relevante para promover qualidade de vida (MINAYO et al., 2000).

Esse interesse da área da saúde pelo estudo da qualidade de vida deve-se ao fato da constatação de que a melhora da saúde contribui para a melhora da qualidade de vida e do bem-estar, e que a melhora na qualidade de vida também traz melhoras à saúde (CHATTERJI; BICKENBACH, 2008).

Fleck (2008) acrescenta que a saúde é apenas uma das dimensões da qualidade de vida, pois o construto de qualidade de vida é mais abrangente que o estado de saúde de um indivíduo e dessa forma, não se deve confundir a avaliação da qualidade de vida com a avaliação do estado de saúde.

Muitos estudos têm sido realizados envolvendo a concepção de qualidade de vida, pois em função de sua complexidade, por ter vários fatores determinantes, torna-se possível averiguar quais fatores estão sendo vistos pelo indivíduo ou comunidade como positivos ou negativos. Isto traz benefícios, pois conhecendo sobre a qualidade de vida de um determinado indivíduo ou população é possível atuar nos aspectos que não estejam favorecendo uma melhor qualidade de vida (OLIVEIRA, 2006).

Com o conhecimento dos fatores que compõem a qualidade de vida, é possível identificar que quando são positivos melhoram a qualidade de vida, e, portanto, podem ser criadas estratégias para mantê-los ou melhorá-los e para os fatores que forem negativos podem ser utilizadas estratégias para retirá-los ou minimizá-los (OLIVEIRA, 2006).

Kahneman; Diener e Schwarz (1999) ainda acrescentam que é importante diferenciar o construto qualidade de vida de bem-estar, principalmente no nível de avaliação, pois qualidade de vida está relacionada a uma avaliação mais geral sobre a posição na vida em relação a metas e expectativas.

Portanto, o estudo da qualidade de vida em estudantes universitários torna-se significativo para o conhecimento das condições de vida, estilo de vida e necessidades visando à implantação de ações de prevenção e promoção da saúde aos mesmos (OLIVEIRA, 2006).

1.3 BEM-ESTAR SUBJETIVO

O conceito de bem-estar subjetivo é recente e surgiu por volta dos anos 60 do século XX, mas suas raízes ideológicas remontam ao século XVIII, época do Iluminismo na qual se defendia o princípio de que a existência humana é a vida em si mesma, ou seja, priorizava-se o desenvolvimento pessoal e a felicidade como valores centrais. A sociedade começa a ser vista como uma forma de proporcionar a satisfação de necessidades para a aquisição de uma boa vida (RIBEIRO; GALINHA, 2005).

Assim como ocorreu uma evolução no conceito de qualidade de vida, da mesma forma aconteceu com o conceito de bem-estar. Inicialmente a satisfação das necessidades estava mais associada a recursos materiais, na qual se priorizavam os ganhos monetários e os bens e serviços que o dinheiro poderia comprar. Mas ao longo do tempo percebeu-se que existiam outros aspectos que determinavam o bem-estar, como a saúde, as relações sociais e familiares, a satisfação com o trabalho, a autonomia, entre outros, sendo valorizadas outras dimensões da vida de um indivíduo (RIBEIRO; GALINHA, 2005).

Ribeiro (2005) acrescenta que a segunda revolução da saúde que ocorreu na década de 1970 contribuiu para a ampliação do entendimento do bem-estar subjetivo, pois defendeu o enfoque na saúde e trouxe contribuições no que se refere ao conceito de promoção da saúde e estilo de vida, conceitos esses relacionados ao bem-estar subjetivo. Dessa forma, a saúde passa a ser vista como um recurso para a vida, uma dimensão da qualidade de vida e compreende que um indivíduo é capaz de realizar os seus desejos e satisfazer suas necessidades, sendo possível modificar ou lidar de forma mais adequada com o meio em que convive. Assim, surge a compreensão do conceito de bem-estar associado ao conceito de saúde, tanto física como mental (RIBEIRO; GALINHA, 2005; RIBEIRO, 2005)

Ribeiro e Galinha (2005) explicam que após a segunda revolução da saúde a psicologia enquanto ciência passou a interessar-se mais pelos aspectos positivos relacionados à saúde mental, não se focando exclusivamente nos fatores que levavam a aquisição de uma doença mental.

A partir dessa concepção positiva de saúde, estudos foram realizados considerando as dimensões de bem-estar subjetivo, auto-eficácia, felicidade, qualidade de vida, autonomia e competência. O foco na investigação da dimensão positiva da saúde mental tornou-se campo de estudo para a psicologia positiva (RIBEIRO; GALINHA, 2005).

A psicologia positiva tem se desenvolvido nas últimas décadas pela maior tendência das pesquisas buscarem o estudo de aspectos positivos da existência humana, sendo que o foco que estava voltado exclusivamente para a doença nas pesquisas na área da saúde tem cedido lugar para o estudo da resiliência, formas de adaptação, bem-estar, criatividade, coragem, sabedoria e qualidade de vida (SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000; FLECK, 2008).

A psicologia positiva objetiva mudar o foco de estudo da patologia, das fraquezas e danos para o foco nas qualidades positivas, ou seja, valoriza as experiências subjetivas de bem-estar, contentamento, satisfação, otimismo e felicidade (SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000).

Além disso, vê na prevenção uma forma de reforçar as forças humanas contra a doença mental, promovendo virtudes relacionadas a otimismo, habilidades interpessoais, ética, esperança, honestidade, discernimento, autodeterminação, entre outras características positivas (SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000).

Seligman e Csikszentmihalyi (2000) ainda acrescentam que é essencial que os psicólogos que trabalham em instituições, escolas, comunidades ou com famílias desenvolvam meios de promover essas forças e qualidades, objetivando não apenas proporcionar meios de resistir e sobreviver às situações, mas também de florescer.

A psicologia positiva parte do pressuposto de que estados afetivos positivos, como os descritos acima podem ter um efeito direto no sistema fisiológico, retardando ou prevenindo o aparecimento de doenças. Pesquisas demonstram que um indivíduo que apresenta características de otimismo tem maior probabilidade de adquirir hábitos que melhoram a saúde e possuem melhores condições de buscar suporte social (SELIGMAN; CSIKSZENTMIHALYI, 2000).

Seligman e Csikszentmihalyi (2000) argumentam que pelas pesquisas em psicologia terem um viés mais voltado para o patológico, possui-se muito mais conhecimento sobre a influência dos aspectos negativos para o surgimento da doença do que sobre a influência de aspectos positivos na promoção da saúde, nos efeitos preventivos e terapêuticos.

O bem-estar subjetivo é uma dimensão positiva da saúde e seu estudo tem origem na psicologia positiva (PASSARELI; SILVA, 2007).

Dessa forma, o bem-estar subjetivo torna-se um conceito essencial para a psicologia da saúde, relacionando-se ao conceito de qualidade de vida e chamando a atenção dos pesquisadores da psicologia positiva sobre a importância do seu estudo (JESUS, 2006).

Passareli e Silva (2007, p.2) relatam que:

O bem-estar subjetivo é um importante componente da psicologia positiva. É um aspecto que pode favorecer a maneira como vemos a nós mesmos e as outras pessoas, o que pode resultar em maior prazer em vivenciar as situações cotidianas e o relacionamento com nossos pares. Torna-se importante, cada vez mais, conhecer os aspectos relacionados a esse tema.

Ribeiro e Galinha (2005) acrescentam que o conceito de bem-estar subjetivo é complexo e compreende uma dimensão cognitiva e uma afetiva, englobando outros conceitos e dimensões de estudo como a qualidade de vida, emoções negativas e emoções positivas.

O bem-estar subjetivo pode ser considerado como uma medida que inclui a presença de emoções positivas, com ausência de emoções negativas e sentimentos de satisfação com a vida (DIENER; SUH; OISHI, 1997).

O estudo do bem-estar subjetivo basicamente busca compreender a avaliação que os indivíduos fazem de suas vidas. Apesar de não haver um consenso sobre a definição de bem-estar subjetivo, muitos teóricos concordam quanto as suas dimensões, que são: satisfação com a vida, afetos positivos e afetos negativos (ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI, 2004).

Sendo assim, o bem-estar subjetivo pode ser considerado um campo de estudo da psicologia positiva que procura compreender a avaliação que os indivíduos fazem sobre suas vidas, sendo que essa avaliação está relacionada a aspectos como felicidade, à percepção de satisfação ou insatisfação com a vida e a frequência com que experimentam emoções positivas e/ou negativas (DIENER et al., 1997; ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI, 2004).

Albuquerque e Tróccoli (2004) explicam que a dimensão satisfação com a vida refere-se a um julgamento cognitivo de avaliação geral da própria vida. O afeto positivo e o afeto negativo como descrições de um estado emocional transitório, sendo o afeto positivo relacionado a sentimentos agradáveis, de prazer e entusiasmo e o afeto negativo relacionado a emoções desagradáveis, tais como: ansiedade, aborrecimento, pessimismo e angústia.

O estudo do bem-estar subjetivo não tem como foco apenas conhecer os afetos negativos e positivos ou a insatisfação com a vida, mas procura entender fatores que diferenciam as pessoas que se consideram mais felizes que as outras, sendo considerado como essencial o estudo das diferenças individuais, principalmente no nível do afeto positivo (DIENER et al., 1997).

O bem-estar subjetivo é medido a partir da perspectiva do próprio indivíduo e é definido a partir das experiências internas, do que pensa e sente sobre sua vida, incluindo dessa forma aspectos cognitivos e afetivos (DIENER et al., 1997).

É importante ressaltar que o bem-estar subjetivo não é sinônimo de saúde mental, pois uma pessoa delirante pode se considerar feliz e satisfeita com sua vida, mesmo não possuindo saúde mental. Portanto, o bem-estar subjetivo não é uma condição suficiente para se garantir um bem-estar psicológico. O bem-estar subjetivo é apenas um aspecto do bem-estar psicológico, pois o bem-estar psicológico integra conceitos de autonomia, auto-aceitação, propósito de vida, domínio do ambiente, relações interpessoais positivas e crescimento pessoal (DIENER et al., 1997).

Nos estudos realizados por Diener et al. (1997) foi constatado que as circunstâncias externas são consideradas muitas vezes menos importantes do que as circunstâncias internas na avaliação do bem-estar subjetivo. A hipótese do autor é que apesar dos seres humanos terem maior facilidade para se adaptarem a mudanças e a novas situações, as circunstâncias externas também devem ter destaque na avaliação do bem-estar subjetivo.

Passareli e Silva (2007) e Diener et al. (1997) ainda relatam que poucos estudos sobre o tema de bem-estar subjetivo foram realizados no Brasil e que a maioria dos pesquisadores prioriza o estudo de experiências subjetivas negativas. Já o estudo de experiências positivas contribui para o entendimento do ser humano a partir de suas potencialidades e não apenas de suas fragilidades.

O bem-estar subjetivo está vinculado a diferentes áreas da vida de um indivíduo e a percepção do indivíduo sobre o seu bem-estar subjetivo também é considerada por alguns autores como a percepção subjetiva de sua qualidade de vida, ou seja, alguns autores consideram o termo bem-estar subjetivo como sinônimo de qualidade de vida (MACHADO, 2009; ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI, 2004).

A avaliação do bem-estar subjetivo permite investigar a experiência individual de avaliação da vida do indivíduo e essa compreensão permite buscar contribuições para a melhoria da qualidade de vida e do bem-estar subjetivo (GIACOMONI, 2004).

Portanto, entende-se que bem-estar subjetivo é um conceito recente de investigação e que tem suscitado interesse de muitos campos da psicologia e de outras áreas afins, o que reforça a complexidade e a importância que esse conceito tem proporcionado (RIBEIRO; GALINHA, 2005; DIENER et al., 1997).

1.4 ESTUDANTES UNIVERSITÁRIOS

A educação superior tem sido alvo de discussões e debates pelas mudanças que vem sofrendo, principalmente pelo crescimento de oportunidades de ingresso no ensino superior que ocorreu em todo o mundo a partir da década de 50 do século XX. Nesta época havia cerca de sete milhões de estudantes universitários no mundo, passando para 64 milhões na década de 90, o que demonstra um crescimento considerável (JOLY; SANTOS; SISTO, 2005).

Tem-se observado um aumento no número de estudantes universitários no Brasil, que tem ocorrido pela maior facilidade de ingresso no ensino superior e pela criação de novos estabelecimentos de ensino, dessa forma, pode-se dizer que a educação superior no Brasil encontra-se em processo de expansão (SCHELEICH, 2006).

Segundo dados do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira - INEP (2003), no censo da educação superior realizado com todas as instituições de nível superior, constatou-se que do ano de 1993 a 2003 houve um aumento de 172,6% no número de estudantes que ingressaram no ensino superior no Brasil.

Esse crescimento da população de universitários suscita reflexões sobre as demandas que passam a surgir, seja pela maior heterogeneidade no que se refere às características dos estudantes, como: classe social, gênero, idade, situação de trabalho, objetivos e expectativas, como também pelas necessidades apresentadas pelos estudantes, sejam estas de ordem acadêmica ou psicossociais (SCHLEICH, 2006; JOLY; SANTOS; SISTO, 2005).

Schleich (2006) explica que diante dessa demanda as instituições de ensino devem estar preparadas para promover durante o processo de formação acadêmica, além do desenvolvimento cognitivo e profissional, o desenvolvimento pessoal, afetivo e social dos estudantes.

Santos et al. (2005) acrescentam que o sucesso conquistado pelo estudante universitário deve ser representado não apenas pela aquisição de conhecimentos, mas também pela promoção do seu desenvolvimento integral.

Passar a ser um estudante universitário representa uma nova fase na vida de muitos estudantes que ingressam na educação superior. Essa nova fase implica em mudanças e em uma adaptação a essa nova realidade que pode gerar ansiedades e até mesmo interferir no desempenho acadêmico (FERRAZ; PEREIRA, 2002; SCHLEICH, 2006).

Na pesquisa de Giglio (1976) sobre bem-estar emocional em estudantes universitários, esse exemplificou que os estudos mais importantes na área de saúde mental de universitários

chegaram à conclusão que existe uma grande relação entre instabilidade emocional e insucesso acadêmico.

Sendo essencial que qualquer universidade além de se preocupar com a qualidade do ensino e com o desempenho dos estudantes, que também consiga ver o estudante em seu aspecto biopsicossocial, ou seja, de forma integral (GIGLIO, 1976).

Santos et al. (2005) relatam quatro principais mudanças pelas quais os universitários têm que lidar após ingressarem em uma universidade. Que são:

- 1) Mudanças acadêmicas, no que se refere às adaptações ao ritmo de aulas e estratégias de aprendizagem, métodos de estudo e de avaliação;
- 2) Mudanças sociais, com a aquisição de novos padrões de relacionamento e com diferentes indivíduos;
- 3) Mudanças pessoais, com maior sentido de identidade, autoconhecimento, maior desenvolvimento integral e visão de mundo;
- 4) Mudanças vocacionais, na qual a universidade promove o desenvolvimento da identidade vocacional, com maior necessidade de assumir responsabilidades.

Ingressar no ensino superior pode ser estressante para muitos estudantes por ser um processo de adaptação social e educacional. Quando esse estresse se torna constante, existe maior probabilidade para o desenvolvimento de doenças físicas ou aflições psicológicas, sendo assim, identificar o risco precocemente, como uma forma de prevenção torna-se essencial para evitar um adoecimento futuro (BOHRY, 2007).

Cerchiari; Caetano e Faccenda (2005) realizam um estudo para medir a prevalência de transtornos mentais menores em 558 estudantes universitários e constataram a presença de transtornos em 25% dos estudantes, predominando respectivamente distúrbios psicossomáticos, estresse psíquico, falta de confiança na capacidade de desempenho e auto-eficácia e distúrbios do sono. Além disso, os autores concluíram que com o passar dos anos acadêmicos tende a haver uma diminuição da saúde mental geral dos estudantes.

Jorge (1996) acrescenta que a entrada do estudante no ensino superior o faz ter que lidar com um ambiente desconhecido, o que contribui para o surgimento de tensões e ansiedades, podendo gerar desgastes emocionais.

Essa situação pode gerar uma crise, ou seja, um processo subjetivo que leva o estudante a passar por momentos de instabilidade e de falta de capacidade de obter recursos para apresentar respostas adequadas para a solução de um problema vivenciado, portanto, esse problema demanda a aquisição de novas habilidades e capacidades de superação e resolução (BOHRY, 2007).

Quando esse problema é resolvido satisfatoriamente, existe um amadurecimento pela possibilidade de serem criados novos recursos internos para lidar com situações futuras, mas quando esse problema persiste e não é resolvido, pode comprometer a estrutura mental do estudante, podendo gerar consequências negativas para sua auto-estima, auto-imagem, motivação e satisfação com a vida (BOHRY, 2007; JORGE, 1996).

Schleich (2006) explica que o ingresso no ensino superior corresponde para a maioria dos estudantes a um primeiro projeto de vida profissional, que pode gerar crises e desafios pessoais e interpessoais. Esses desafios podem ser descritos como a adaptação ao ambiente acadêmico, maior nível de autonomia na aprendizagem, novas exigências, afastamento de amigos e familiares, novos relacionamentos interpessoais e perspectivas profissionais.

Para melhor compreender o conceito de adaptação, Simon (1989) define adaptação como: “[...] conjunto de respostas de um organismo vivo, em vários momentos, a situações que o modificam, permitindo a manutenção de sua organização, por mínima que seja, compatível com a vida” (p.14).

A adaptação é uma condição inerente e essencial a todo ser humano e está relacionada à capacidade de um organismo integrar vários sistemas, como o cognitivo, afetivo, intelectual e fisiológico, com fins de sobrevivência. A eficácia da adaptação dependerá de indivíduo para indivíduo, conforme as influências sejam favoráveis ou desfavoráveis (SIMON, 1989).

Ao desenvolver a teoria da adaptação, Simon (1989) define três tipos de adaptação: a eficaz, a ineficaz moderada e a ineficaz severa, sendo que dependendo do tipo de adaptação encontrada para um indivíduo, este pode estar passando por um período de crise.

Eurich e Kluthcorsky (2008) ainda acrescentam que essa adaptação quando não eficaz pode gerar situações desencadeantes de problemas educacionais, emocionais e relacionais, como desânimo, depressão, evasão escolar, dificuldade na aprendizagem, nos relacionamentos pessoais e isolamento.

Ferraz e Pereira (2002) relatam que os universitários se veem diante de outras responsabilidades e exigências acadêmicas, principalmente as relacionadas à sua formação profissional e a concorrência no mercado de trabalho. Além disso, muitos estudantes se deparam com o fato de terem que se afastar do seu núcleo familiar e de sua cidade de origem.

O ingresso no ensino superior implica em muitas mudanças marcantes no cotidiano do estudante, sendo essencial que o mesmo tenha uma rede de amigos e apoio social para uma melhor adaptação à vida acadêmica. O ambiente universitário pode ser um espaço privilegiado para se estabelecerem redes de relações afetivas e de apoio, o que de acordo com alguns estudos, relações satisfatórias contribuem para um melhor bem-estar psicológico e para

a integração do estudante a esse novo contexto acadêmico (TEIXEIRA; CASTRO; PICCOLO, 2007).

Polydoro (2000) acrescenta que as mudanças vivenciadas por muitos estudantes podem gerar dificuldades com relação à identidade e auto-imagem, como também outras dificuldades no que se refere à aprendizagem, aos relacionamentos interpessoais, falta de motivação para os estudos e imaturidade para assumir novas responsabilidades e exigências.

Martins; Pacheco e Jesus (2008) realizaram um estudo sobre estilo de vida de estudantes universitários portugueses e concluíram que o estilo de vida adotado por um estudante afeta diversos contextos de sua vida, como a saúde física, mental, os estudos, sua qualidade de vida e as relações interpessoais.

O conceito de estilo de vida saudável pode ser considerado complexo, pois depende de fatores como a cultura, características da sociedade e aspectos pessoais de cada indivíduo, mas considerando que parte da conceituação de estilo de vida está relacionada aos comportamentos que um indivíduo assume, um estilo de vida saudável está diretamente ligado a adoção de comportamentos saudáveis (MARTINS; PACHECO; JESUS, 2008).

Nesse mesmo estudo, os autores relatam que o estilo de vida de estudantes universitários tem características próprias, pois é nesse contexto de vida que o estudante apresenta maior autonomia para fazer escolhas sobre a maneira de viver e apresenta maior poder de tomar decisões.

Marinho (2007) complementa que na adolescência a busca pelos seus iguais e o vivenciar novas situações pode levar o jovem a adquirir comportamentos de risco para a saúde, como fumar e beber excessivamente.

Martins; Pacheco e Jesus (2008) pontuam que diversas pesquisas concluíram que o estilo de vida de estudantes universitários envolve comportamentos de risco e pouco saudáveis, que podem comprometer tanto a saúde quanto a qualidade de vida dos mesmos, pois esse período de transição para o ensino superior pode mudar o estilo de vida nos aspectos relacionados a hábitos alimentares, de dormir, práticas de atividades físicas, consumo de álcool, tabaco e até mesmo de outras drogas.

Dela Coleta A. e Dela Coleta F. (2006) realizaram uma pesquisa para avaliar a felicidade, bem-estar subjetivo e comportamento acadêmico de estudantes universitários e chegaram à conclusão de que os estudantes avaliam de forma bastante positiva a satisfação com a vida, seu bem-estar subjetivo e felicidade. Dessa forma, os autores concluíram que é possível que mudanças adequadas no estilo de vida dos estudantes influenciem positivamente nos níveis de bem-estar e felicidade experimentados.

Quanto aos estudos sobre estudantes universitários e qualidade de vida, Benjamin (1994) realizou uma revisão de estudos publicados e concluiu que ainda assim é necessário dar maior destaque aos estudos de qualidade de vida em estudantes universitários tendo em vista a pouca literatura científica a respeito. Além disso, sugere a seguinte definição para o conceito de qualidade de vida em estudantes: “percepção de satisfação e felicidade, por parte do estudante, em relação a múltiplos domínios de vida à luz de fatores psicossociais e contextuais relevantes e estruturas de significados pessoais (p. 60)”.

Os estudantes universitários são vistos como um grupo de indivíduos que podem gerar mudanças no país, ou seja, que podem contribuir para um futuro melhor. Por isso a importância de se investir nessa população, de se identificar as suas vulnerabilidades e recursos, para que essa fase da vida seja realizada da melhor forma possível, com ganhos tanto para o estudante como para a sociedade (NEVES; DALGALARRONDO, 2007).

Eurich e Kluthcorsky (2008) acrescentam que na universidade o estudante encontra um ambiente favorável para o desenvolvimento de valores relacionados à sua vida profissional e pessoal, sendo uma fase da vida na qual tem que lidar com mudanças e expectativas, o que pode causar reflexos na sua qualidade de vida atual e futura.

Tem crescido o interesse no estudo de estudantes universitários e suas experiências na universidade e esse interesse justifica-se pelo crescente aumento do número de indivíduos que ingressam na educação superior (TEIXEIRA et al., 2007).

O levantamento do perfil de universitários realizado pelo FONAPRACE (2011) objetivou mapear a vida social, econômica e cultural de estudantes, com o intuito de conhecer e buscar indicadores para formular políticas de equidade, acesso e assistência, já demonstrando uma preocupação com o desenvolvimento acadêmico e pessoal dos estudantes.

Portanto, é importante conhecer melhor a realidade vivenciada pelos estudantes universitários como uma forma de identificar não apenas fatores que podem gerar evasão escolar ou dificuldades durante o curso, mas também outros aspectos relacionados ao seu desenvolvimento psicossocial (TEIXEIRA et al., 2007).

“Este conhecimento, por sua vez, pode ser usado como referência para a implantação de programas no âmbito universitário que visem à facilitação da integração do estudante à vida acadêmica e à otimização do seu bem-estar” (TEIXEIRA et al., 2007, p.2).

1.5 OBJETIVO

Essa pesquisa teve como objetivo avaliar a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo de estudantes universitários e relacionar essas variáveis com os dados da caracterização sociodemográfica dos participantes. Além disso, objetivou-se analisar a correlação entre os domínios do *WHOQOL-Bref* e os fatores da Escala de Bem-Estar Subjetivo - EBES.

2 MÉTODO

Essa pesquisa se caracteriza como sendo descritiva, de abordagem quantitativa e de delineamento transversal, na qual a coleta de dados ocorreu em um único período, sem um acompanhamento posterior (GIL, 1991).

2.1 PARTICIPANTES

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica dos estudantes universitários com relação ao gênero, idade, faixa etária e curso.

| Variáveis | Níveis | f | % | Média | Desvio padrão |
|---------------------|--------------------------------|-----|-------|-------|---------------|
| Gênero | Feminino | 167 | 65% | | |
| | Masculino | 90 | 35% | | |
| Idade | | | | 21,69 | 6,30 |
| Faixa etária | 18 - 25 anos | 228 | 88,7% | | |
| | 26 - 34 anos | 14 | 5,4% | | |
| | Mais de 34 anos | 15 | 5,8% | | |
| Curso | Ciências biológicas | 35 | 13,6% | | |
| | Engenharia química | 36 | 14% | | |
| | Farmácia e bioquímica | 41 | 16% | | |
| | Licenciatura plena em ciências | 107 | 41,6% | | |
| | Química | 35 | 13,6% | | |
| | Química industrial | 03 | 1,2% | | |

Participaram desse estudo 257 estudantes universitários. A maioria, 167 (65%) é do gênero feminino. 228 (88,7%) estão concentrados na faixa etária de 18 a 25 anos e apresentam idade média de 21,69 anos (DP = 6,30). Com relação ao curso que frequentam, predominam estudantes (41,6%) do curso de licenciatura plena em ciências (Tabela 1).

2.2 LOCAL

O estudo foi realizado em uma universidade federal, localizada no Grande ABC, Estado de São Paulo. Essa universidade foi inaugurada no ano de 2007 e atualmente oferece

três cursos de pós-graduação e sete cursos de graduação voltados para a área de exatas e de ciências ambientais, atendendo por volta de 1.700 estudantes.

2.3 INSTRUMENTOS

Foi utilizado para a coleta de dados um questionário auto-aplicável composto por duas escalas de medidas das variáveis em estudo, relacionadas à qualidade de vida e ao bem-estar subjetivo.

- ***World Health Organizacional Quality of Life - WHOQOL - Bref*** (Anexo A). Esse instrumento foi desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde - OMS a partir de um instrumento inicial, o *WHOQOL-100* (FLECK, 2000; WHOQOL-BREF, 1996).

O *WHOQOL-Bref* foi traduzido para a língua portuguesa por Fleck et al. (2000) como Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida.

Esse instrumento já foi validado no Brasil e apresenta características fidedignas e satisfatórias para avaliar a qualidade de vida na população brasileira (FLECK et al., 2000; FLECK, 1998).

O *WHOQOL-Bref* é um questionário constituído por 26 questões, sendo duas questões gerais relacionada à qualidade de vida global e a satisfação com a própria saúde e as demais incluídas em quatro domínios, que são: domínio físico, psicológico, de relações sociais e meio ambiente, conforme a Tabela 2.

Tabela 2 – Domínios e questões do *WHOQOL- Bref*.

| Domínio I – físico |
|---|
| 3. Dor e desconforto |
| 10. Energia e fadiga |
| 16. Sono e repouso |
| 15. Mobilidade |
| 17. Atividades da vida cotidiana |
| 4. Dependência de medicação ou de tratamentos |
| 18. Capacidade de trabalho |
| Domínio II – psicológico |
| 5. Sentimentos positivos |
| 7. Pensar, aprender, memória e concentração |
| 19. Auto-estima |
| 11. Imagem corporal e aparência |
| 26. Sentimentos negativos |
| 6. Espiritualidade/religião/crenças pessoais |
| Domínio III – relações sociais |
| 20. Relações pessoais |
| 22. Suporte (apoio) social |
| 21. Atividade sexual |
| Domínio IV – meio ambiente |
| 8. Segurança física e proteção |
| 23. Ambiente no lar |
| 12. Recursos financeiros |
| 24. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade |
| 13. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades |
| 14. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer |
| 9. Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) |
| 25. Transporte |

FONTE: (FLECK et al., 2000, p. 2).

- **Escala de Bem-Estar Subjetivo - EBES** (Anexo B). Essa escala foi desenvolvida por Albuquerque e Tróccoli (2004). É composta por 62 itens, sendo que desses, 21 representam componentes de afeto positivo, 26 de afeto negativo e 15 de satisfação com a vida.

A Escala de Bem-Estar Subjetivo - EBES é uma escala de mensuração do bem-estar subjetivo que se mostrou precisa e foi testada e validada no Brasil. Portanto, adequada para ser aplicada em estudantes universitários brasileiros (ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI, 2004).

Ao final do questionário foram acrescentadas questões para levantar dados necessários para melhor caracterização sociodemográfica dos participantes. As questões abrangem os seguintes aspectos: idade, curso, estado civil, gênero, com quem residia antes de ingressar na universidade, com quem reside atualmente, situação de trabalho, se apresenta alguma doença,

prática de atividade física, hábito de fumar ou beber e questões relacionadas à vida escolar, dificuldades emocionais e de adaptação (Anexo C).

2.4 PROCEDIMENTOS

Primeiramente o projeto de pesquisa foi exposto e analisado pela diretoria acadêmica da universidade na qual se pretendia coletar os dados, sendo autorizada sua realização (Anexo D). Após a autorização da universidade, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Metodista de São Paulo - UMESP, sendo o mesmo aprovado (Anexo E). Posteriormente foi realizado contato com os docentes da universidade para autorização e planejamento da aplicação do questionário em algumas salas de aula.

Com autorização de alguns docentes, que cederam um espaço em suas aulas, os estudantes foram convidados a participar da pesquisa, sendo que antes da aplicação todos foram esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa, o questionário utilizado, o sigilo das informações e que não sofreriam nenhum prejuízo ao participarem. Além da aplicação do questionário em sala de aula, também foram realizados contatos com alguns estudantes durante o período de almoço ou após o término das aulas e solicitado a participação na pesquisa. Para os que concordaram em participar, esses assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo F).

Após a assinatura desse termo, quando em sala de aula, foram aplicados coletivamente o *WHOQOL-Bref*, a Escala de Bem-Estar Subjetivo - EBES e o Questionário de Caracterização Sociodemográfica, sendo explicado aos estudantes que qualquer dúvida poderia ser esclarecida durante a aplicação. Quando o questionário foi aplicado individualmente, foram seguidas todas as condições e explicações expostas acima. Ao término de toda aplicação, agradeceu-se a participação dos estudantes.

Todos os questionários entregues foram preenchidos e devolvidos, não havendo nenhuma recusa em participar da pesquisa.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados coletados foram analisados com a utilização do *software Statistical Package for the Social Sciences - SPSS*, versão 17 para *Windows*. As análises descritivas das variáveis sociodemográficas dos participantes abrangeram tabelas de frequência, porcentagem, média e desvio padrão. Para descrição da qualidade de vida e do bem-estar subjetivo utilizou-se média e desvio padrão, em específico nas questões sobre qualidade de vida utilizou-se também a descrição de frequência e porcentagem. Para comparação das variáveis foi utilizado o teste ANOVA, com subsequentes testes de comparações múltiplas através do Teste de Tukey. Finalmente verificou-se a ocorrência de correlação entre os domínios do *WHOQOL-Bref* e os fatores da Escala de Bem-Estar Subjetivo - EBES por meio da aplicação do coeficiente de correlação de *Pearson*.

3.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS ESTUDANTES

Tabela 3 – Distribuição dos estudantes universitários segundo as características sociodemográficas.

| Variáveis | Níveis | f | % |
|--|----------------------------------|-----|-------|
| Estado civil | Solteiro | 240 | 93,4% |
| | Casado | 09 | 3,5% |
| | Separado/divorciado | 03 | 1,2% |
| | União consensual | 05 | 1,9% |
| Com quem mora atualmente | Com os pais e/ou irmãos | 193 | 75,1% |
| | Pensão/república | 33 | 12,8% |
| | Sozinho | 07 | 2,7% |
| | Com parentes | 07 | 2,7% |
| | Com o cônjuge e/ou filhos | 12 | 4,7% |
| | Outros | 05 | 1,9% |
| Antes de ingressar na universidade morava | Com os pais e/ou irmãos | 230 | 89,5% |
| | Sozinho | 05 | 1,9% |
| | Com parentes | 04 | 1,6% |
| | Com o cônjuge e/ou filhos | 13 | 5,1% |
| | Outros | 05 | 1,9% |
| Situação de trabalho | Trabalho | 43 | 16,7% |
| | Realizo estágio | 17 | 6,6% |
| | Não trabalho/não realizo estágio | 197 | 76,7% |
| Possui alguma doença | Não | 212 | 82,5% |
| | Sim | 43 | 16,7% |
| | Não responderam | 02 | 0,8% |
| É fumante | Não | 246 | 95,7% |
| | Sim | 11 | 4,3% |

| | | | |
|---|----------------------|----|-------|
| Consome bebida alcoólica | Nunca | 72 | 28% |
| | Raramente | 86 | 33,5% |
| | Uma vez por mês | 29 | 11,3% |
| | Aos finais de semana | 69 | 26,8% |
| | Diariamente | 01 | 0,4% |
| Com qual frequência pratica atividade física | Nunca | 37 | 14,4% |
| | Raramente | 89 | 34,6% |
| | Às vezes | 81 | 31,5% |
| | Frequentemente | 37 | 14,4% |
| | Sempre | 13 | 5,1% |

Os dados da Tabela 3 mostram que dos 257 estudantes que responderam ao questionário, a maioria, 240 (93,4%) são solteiros, 193 (75,1%) e 230 (89,5%) respectivamente, residem e residiam antes de ingressar na universidade com os pais e/ou irmãos. Em relação ao trabalho, 43 (16,7%) trabalham e 17 (6,6%) realizam estágio. Quanto à saúde, 43 (16,7%) dos estudantes declararam ter alguma doença física, prevalecendo doenças do trato respiratório, gastrointestinal e endócrinas. A grande maioria desses estudantes, 246 (95,7%) relatou não fumar, 72 (28%) disseram que nunca consomem bebida alcoólica, 86 (33,5%) que consomem raramente e 69 (26,8%) aos finais de semana. Em relação à prática de atividade física, apenas 13 (5,1%) realizam sempre e 37 (14,4%) frequentemente.

Eurich e Kluthcovsky (2008) realizaram um estudo sobre a qualidade de vida de estudantes do curso de enfermagem e 39% declararam ter alguma doença. De acordo com pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE em 2008, 31,3% da população brasileira referiu-se como tendo alguma doença. Dessa forma, os estudantes universitários desse estudo apresentaram uma porcentagem mais baixa (16,7) no que se refere à presença de doenças em comparação com os estudantes do curso de enfermagem, além de estarem abaixo da média populacional brasileira.

Através desses dados, verificou-se também que para esses estudantes existe pouco comportamento de risco no que se refere ao ato de fumar. No estudo de Rodrigues, Cheik e Mayer (2008) que avaliou o hábito de fumar de 871 estudantes universitários, a porcentagem de estudantes que se declararam fumantes foi de 7,2, porcentagem mais elevada quando comparada aos estudantes desse estudo (4,3%). Além disso, o estudo de Rabelo et al. (1999) realizado com 209 estudantes universitários encontrou uma porcentagem ainda mais elevada, de 15,8.

Identificou-se um comportamento negativo com relação à ingestão de bebida alcoólica e a pouca prática de atividade física, fatores de risco para a saúde, o que segundo Marinho (2007), a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo estão associados a comportamentos positivos frente à saúde.

Tabela 4 – Distribuição dos estudantes universitários segundo a presença de dificuldades emocionais e de adaptação.

| Variáveis | Níveis | f | % |
|--|---------------|-----|-------|
| A sua vida escolar (antes de ingressar na universidade) já foi prejudicada por questões emocionais | Não | 163 | 63,4% |
| | Sim | 94 | 36,6% |
| Alguma dificuldade significativa ou crise emocional já interferiu no seu desempenho acadêmico nesta universidade | Não | 158 | 61,5% |
| | Sim | 99 | 38,5% |
| O quanto é capaz de se adaptar a novas situações | Muito pouco | 07 | 2,7% |
| | Mais ou menos | 75 | 29,2% |
| | Bastante | 140 | 54,5% |
| | Extremamente | 35 | 13,6% |

Com relação à vida escolar e questões emocionais, observou-se na Tabela 4 que 94 (36,4%) dos estudantes disseram já terem sua vida escolar prejudicada por questões emocionais e 99 (38,5%) declararam terem tido alguma dificuldade significativa ou crise emocional que interferiu no seu desempenho acadêmico na universidade atual. E a maioria dos estudantes, 175 (68,1%) se considerou como possuindo bastante ou extremamente a capacidade de se adaptar.

Segundo o relatório de levantamento do perfil socioeconômico e cultural de estudantes de graduação das universidades federais brasileiras realizado pelo FONAPRACE (2011), 47,7% dos estudantes relataram terem vivenciado crise emocional nos últimos 12 meses e que isso afetou o desempenho acadêmico, porcentagem maior do que foi encontrado para os estudantes desse estudo. Além disso, 43% dos estudantes que participaram desse levantamento relataram terem apresentado dificuldades significativas de adaptação a novas situações, sendo possível observar que tal dificuldade de adaptação não foi encontrado para a maioria dos estudantes desse estudo.

Para Simon (1989) as crises emocionais podem estar relacionadas a uma dificuldade de adaptação a uma nova situação. Observou-se que uma porcentagem significativa dos estudantes apresentou durante a vida escolar ou na universidade atual dificuldades emocionais. Eurich e Kluthcorsky (2008) explicam que quando não ocorre uma adaptação eficaz, essa nova situação pode gerar problemas emocionais que podem interferir no desempenho acadêmico, ocasionando situações de isolamento, evasão escolar, desânimo, dificuldades na aprendizagem e nos relacionamentos interpessoais.

3.2 AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

No *WHOQOL-Bref* a avaliação da qualidade de vida geral está relacionada às duas primeiras questões. A primeira questão avalia a qualidade de vida de um modo geral e a segunda avalia a satisfação com a própria saúde.

Tabela 5 – Distribuição descritiva das questões 1 e 2 do *WHOQOL-Bref*.

| Questão 1 – Qualidade de vida geral | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|-----|-------|--------|---------------|
| Nível | Opções de resposta | f | % | Média* | Desvio padrão |
| | | | | 3,89 | 0,80 |
| 1 | Muito ruim | 01 | 0,4% | | |
| 2 | Ruim | 15 | 5,8% | | |
| 3 | Nem ruim nem boa | 45 | 17,5% | | |
| 4 | Boa | 145 | 56,4% | | |
| 5 | Muito boa | 51 | 19,8% | | |
| Questão 2 – Satisfação com a saúde | | | | | |
| | | | | 3,61 | 0,93 |
| 1 | Muito insatisfeito | 02 | 0,8% | | |
| 2 | Insatisfeito | 36 | 14% | | |
| 3 | Nem satisfeito nem insatisfeito | 60 | 23,3% | | |
| 4 | Satisfeito | 122 | 47,5% | | |
| 5 | Muito satisfeito | 37 | 14,4% | | |

*Valor baseado em uma escala de 1 a 5.

A Tabela 5 apresenta os dados referentes à percepção sobre a qualidade de vida de modo geral e sobre a satisfação com a própria saúde. É possível notar que a maioria dos estudantes, 196 (76,2%) percebeu sua qualidade de vida como sendo boa ou muito boa e 159 (61,9%) relataram estar satisfeito ou muito satisfeito com sua saúde.

As médias das questões referentes à avaliação da qualidade de vida geral, 3,89 (DP = 0,80) e a avaliação da satisfação com a própria saúde 3,61 (DP = 0,93) sintetizam e reforçam o fato da percepção desses estudantes sobre sua qualidade de vida e saúde tenderem para uma percepção positiva.

Considerando o estudo realizado por Minayo, Hartz e Buss (2000), a qualidade de vida está relacionada à satisfação de necessidades básicas, como alimentação, habitação, trabalho, educação, lazer e saúde. Pode-se supor que esses estudantes têm grande parte de suas necessidades básicas supridas, o que contribui para que o estudante tenha uma melhor percepção em relação a sua qualidade de vida.

Tabela 6 – Escores médios e seus respectivos desvios padrão dos domínios do *WHOQOL-Bref* e do índice geral.

| Domínio | Média* | Desvio padrão |
|-----------------------------------|--------|---------------|
| Físico | 14,58 | 2,27 |
| Psicológico | 14,48 | 2,47 |
| Relações sociais | 15,23 | 2,88 |
| Meio ambiente | 12,87 | 2,34 |
| Índice geral de qualidade de vida | 15,00 | 2,99 |

*Valor baseado em uma escala de 4 a 20.

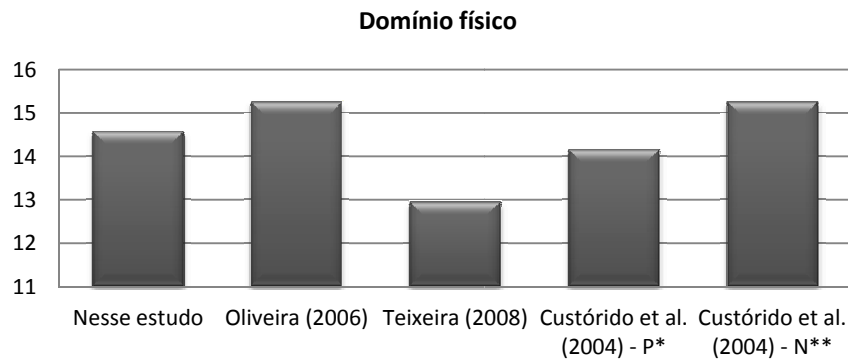
Através da Tabela 6 é possível observar a média e o desvio padrão do índice geral de qualidade de vida e dos domínios do *WHOQOL-Bref*. O índice geral obtido foi de 15,00 (DP = 2,99). O domínio relações sociais apresentou a maior média 15,23 (DP = 2,88), seguido pelo físico 14,58 (DP = 2,27) e psicológico 14,48 (DP = 2,47). Enquanto que o domínio meio ambiente apresentou a menor média 12,87 (DP = 2,34).

Oliveira (2006) realizou um estudo com 431 estudantes universitários de diversos cursos de uma universidade particular e obteve as seguintes médias: para o domínio físico 15,26 (DP = 2,4), psicológico 15 (DP = 2,3), relações sociais 15,58 (DP = 2,7) e meio ambiente 13,76 (DP = 2,2). Para todos os domínios os escores apresentados pelos estudantes do estudo de Oliveira foram mais altos.

Teixeira (2008) avaliou a qualidade de vida de 330 estudantes universitários de uma universidade privada e constatou as seguintes médias: para o domínio físico 12,95 (DP = 1,65), psicológico 14,54 (DP = 1,76), relações sociais 15,73 (DP = 2,59) e meio ambiente 13,90 (DP = 2,16). Comparando com os resultados desse estudo, os estudantes do estudo de Teixeira obtiveram média mais elevada em todos os domínios, menos no domínio físico.

O estudo de Custódio et al. (2004) avaliou a qualidade de vida de 95 estudantes do curso de psicologia e 55 do curso de nutrição de uma universidade particular. Para os estudantes do curso de psicologia, a média obtida para o domínio físico foi de 14,16 (DP = 2,04), psicológico 14,16 (DP = 2,43), relações sociais 14,67 (DP = 3,01) e no domínio meio ambiente 13,70 (DP = 2,04). Para os estudantes do curso de nutrição, a média obtida para o domínio físico foi de 15,26 (DP = 2,27), psicológico 14,74 (DP = 2,11), relações sociais 15,58 (DP = 2,80) e no domínio meio ambiente 13,80 (DP = 2,49). A partir desses resultados, observa-se que os estudantes do curso de nutrição apresentaram escores médios mais altos em todos os domínios do que os estudantes desse estudo. Quanto aos estudantes do curso de psicologia, esses apresentaram apenas melhor escore médio no domínio meio ambiente em comparação com os estudantes desse estudo.

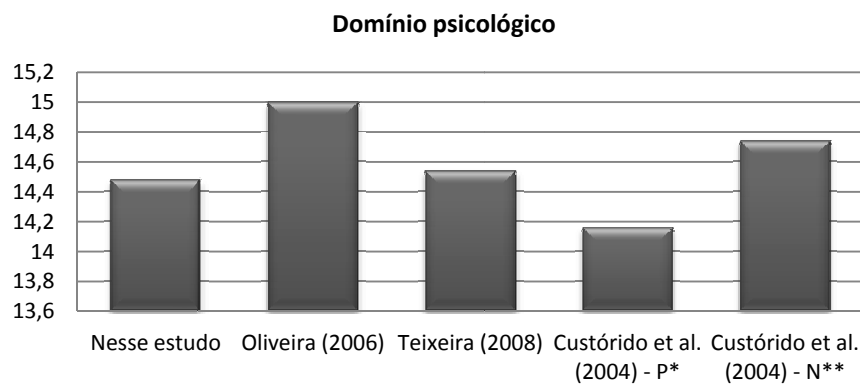
Observando as Figuras 1, 2, 3 e 4 é possível visualizar melhor o resultado dos domínios físico, psicológico, relações sociais e de meio ambiente desse estudo, comparando-o aos estudos acima citados.



*Curso de psicologia

**Curso de nutrição

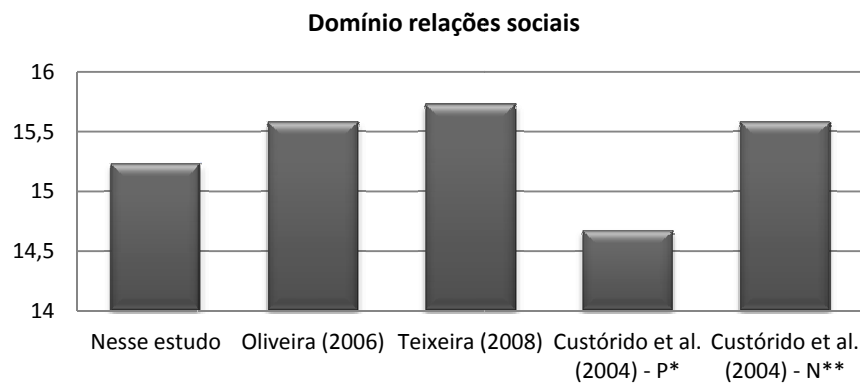
Figura 1 – Escores médios do domínio físico do *WHOQOL-Bref*.



*Curso de psicologia

**Curso de nutrição

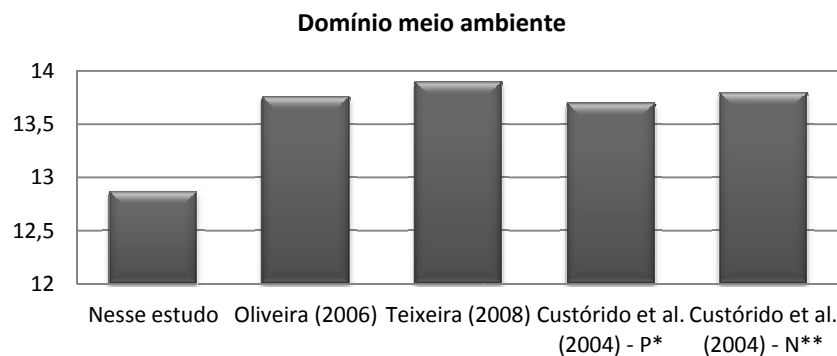
Figura 2 – Escores médios do domínio psicológico do *WHOQOL-Bref*.



*Curso de psicologia

**Curso de nutrição

Figura 3 – Escores médios do domínio relações sociais do *WHOQOL-Bref*.



*Curso de psicologia

**Curso de nutrição

Figura 4 – Escores médios do domínio meio ambiente do *WHOQOL-Bref*.

Com relação ao índice geral do *WHOQOL-Bref* e os escores dos domínios, não existe na literatura científica um ponto de corte que indique quais valores representam uma boa ou má percepção da qualidade de vida. No entanto, considerando os resultados dos estudos acima apresentados, pode-se dizer que, em geral, os estudantes desse estudo apresentaram médias mais baixas. Apesar de não existir diferença estatisticamente significativa entre as médias dos domínios desses estudos, esses estudantes poderiam ter melhor qualidade de vida, principalmente no que se refere ao meio ambiente. Cabendo lembrar que quanto mais próximo de média 20, melhor será a qualidade de vida.

Tabela 7 - Frequência e percentual das respostas para as questões pertencentes ao domínio físico.

| Domínio físico | | | |
|---|-------------------------------------|-----|-------|
| Questão | Opções de resposta | f | % |
| Q3 (Dor e desconforto) | 1 – Nada | 104 | 40,5% |
| | 2 – Muito pouco | 89 | 34,6% |
| | 3 – Mais ou menos | 45 | 17,5% |
| | 4 – Bastante | 18 | 7% |
| | 5 – Extremamente | 01 | 0,4% |
| Q4 (Dependência de medicação ou de tratamentos) | 1 – Nada | 112 | 43,6% |
| | 2 – Muito pouco | 86 | 33,5% |
| | 3 – Mais ou menos | 36 | 14% |
| | 4 – Bastante | 22 | 8,6% |
| | 5 – Extremamente | 01 | 0,4% |
| Q10 (Energia e fadiga) | 1 – Nada | 00 | 0% |
| | 2 – Muito pouco | 18 | 7% |
| | 3 – Médio | 135 | 52,5% |
| | 4 – Muito | 68 | 26,5% |
| | 5 – Completamente | 36 | 14% |
| Q15 (Mobilidade) | 1 – Muito ruim | 03 | 1,2% |
| | 2 – Ruim | 09 | 3,5% |
| | 3 – Nem ruim nem bom | 40 | 15,6% |
| | 4 – Bom | 93 | 36,2% |
| | 5 – Muito bom | 111 | 43,2% |
| | Não responderam | 01 | 0,4% |
| Q16 (Sono e repouso) | 1 – Muito insatisfeito | 20 | 7,8% |
| | 2 – Insatisfeito | 76 | 29,6% |
| | 3 – Nem satisfeito nem insatisfeito | 76 | 29,6% |
| | 4 – Satisfeito | 64 | 24,9% |
| | 5 – Muito satisfeito | 21 | 8,2% |
| Q17 (Atividades cotidianas) | 1 – Muito insatisfeito | 03 | 1,2% |
| | 2 – Insatisfeito | 46 | 17,9% |
| | 3 – Nem satisfeito nem insatisfeito | 80 | 31,1% |
| | 4 – Satisfeito | 110 | 42,8% |
| | 5 – Muito satisfeito | 18 | 7% |
| Q18 (Capacidade de trabalho) | 1 – Muito insatisfeito | 09 | 3,5% |
| | 2 – Insatisfeito | 35 | 13,6% |
| | 3 – Nem satisfeito nem insatisfeito | 89 | 34,6% |
| | 4 – Satisfeito | 102 | 39,7% |
| | 5 – Muito satisfeito | 20 | 7,8% |
| | Não responderam | 02 | 0,8% |

A Tabela 7 apresenta as frequências e porcentagens das respostas das questões que compõem o domínio físico. Esse domínio engloba além de questões sobre condições físicas propriamente ditas, as de mobilidade, independência, capacidade e disposição.

A questão relacionada à necessidade de algum tratamento médico foi a que obteve melhor resultado para esse domínio, sendo que a maioria dos estudantes 198 (77,11%) relatou não precisar de nenhum ou de muito pouco tratamento médico para levar sua vida diária. Resultado parecido também foi obtido para a questão sobre o quanto a dor física o impede de realizar as atividades cotidianas.

Com relação à capacidade de se locomover, a maioria, 204 (79,4%) relatou como sendo boa ou muito boa. No que se refere à satisfação com a capacidade de desempenhar as atividades cotidianas, 128 (49,8%) disseram estar satisfeito ou muito satisfeito, resultado parecido também foi encontrado na avaliação da capacidade para o trabalho.

Quanto à disponibilidade de energia suficiente para o dia-a-dia, observou-se mais respostas insatisfatórias, levando em consideração que as respostas nada, muito pouco e médio foram respondidas por 153 (59,5%) dos estudantes. Com relação à satisfação com o sono 96 (37,45%) dos estudantes relataram estar insatisfeito ou muito insatisfeito.

Pelos dados apresentados, pode-se dizer que foram encontrados aspectos satisfatórios no que se refere à saúde física, pela baixa quantidade de estudantes que relataram precisar de tratamento médico e de que a dor física não atrapalha a rotina, o que já era esperado tendo em vista que a maioria desses estudantes é de uma faixa etária em que são considerados jovens.

Por outro lado, existem dados não tão positivos no que se refere à satisfação com o sono e com a disponibilidade de energia suficiente para as atividades do dia-a-dia. Segundo Oliveira (2006) um estudante universitário necessita de energia para ter melhor capacidade de concentração, atenção e raciocínio, fatores favoráveis à aprendizagem.

Tabela 8 - Frequência e percentual das respostas para as questões pertencentes ao domínio psicológico.

| Domínio psicológico | | | |
|---|--------------------|-----|-------|
| Questão | Opções de resposta | f | % |
| Q5 (Aproveitar a vida) | 1 – Nada | 01 | 0,4% |
| | 2 – Muito pouco | 30 | 11,7% |
| | 3 – Mais ou menos | 79 | 30,7% |
| | 4 – Bastante | 118 | 45,9% |
| | 5 – Extremamente | 29 | 11,3% |
| Q6 (sentido da vida) | 1 – Nada | 02 | 0,8% |
| | 2 – Muito pouco | 18 | 7% |
| | 3 – Mais ou menos | 48 | 18,7% |
| | 4 – Bastante | 103 | 40,1% |
| | 5 – Extremamente | 83 | 32,3% |
| | Não responderam | 03 | 1,2% |
| Q7 (Pensar/aprender/memória/ concentração) | 1 – Nada | 00 | 0% |
| | 2 – Muito pouco | 21 | 8,2% |
| | 3 – Mais ou menos | 106 | 41,2% |
| | 4 – Bastante | 113 | 44% |
| | 5 – Extremamente | 16 | 6,2% |
| | Não responderam | 01 | 0,4% |
| Q11 (Imagem corporal e aparência) | 1 – Nada | 06 | 2,3% |
| | 2 – Muito pouco | 18 | 7% |
| | 3 – Médio | 84 | 32,7% |
| | 4 – Muito | 94 | 36,6% |
| | 5 – Completamente | 55 | 21,4% |

| | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|-----|-------|
| Q19 (Auto-estima) | 1 – Muito insatisfeito | 06 | 2,3% |
| | 2 – Insatisfeito | 29 | 11,3% |
| | 3 – Nem satisfeito nem insatisfeito | 75 | 29,2% |
| | 4 – Satisfeito | 122 | 47,5% |
| | 5 – Muito satisfeito | 24 | 9,3% |
| | Não responderam | 01 | 0,4% |
| Q26 (Sentimentos negativos) | 1 – Nunca | 21 | 8,2% |
| | 2 – Algumas vezes | 141 | 54,9% |
| | 3 – Frequentemente | 58 | 22,6% |
| | 4 – Muito frequentemente | 22 | 8,6% |
| | 5 – Sempre | 13 | 5,1% |
| | Não responderam | 02 | 0,8% |

A Tabela 8 apresenta as frequências e porcentagens das respostas que compõem o domínio psicológico. Esse domínio é constituído por questões que explicitam as condições pessoais de vida e estão relacionadas a sentimentos positivos, negativos, auto-estima, concentração, pensamento e crenças.

Para esse domínio a resposta mais positiva está relacionada ao quanto à vida tem sentido, sendo que 186 (72,4%) dos estudantes relataram que sua vida tem bastante ou extremamente sentido. Com relação ao quanto conseguem aproveitar a vida 147 (57,2%) disseram que conseguem aproveitar bastante ou extremamente. Entretanto, cabe considerar que houve 30 (11,7%) estudantes que disseram aproveitar muito pouco a vida.

Quanto à capacidade de aceitar a aparência física, 149 (58%) relataram aceitar muito ou completamente. No que se refere à satisfação consigo mesmo, observou-se que a maioria dos estudantes, 146 (56,8%) disse estar satisfeito ou muito satisfeito e 29 (11,3%) relataram estar insatisfeitos.

Na capacidade de concentração houve uma porcentagem mais significativa para a resposta bastante, respondida por 113 (44%) dos estudantes. Já com relação à frequência com que experimentam sentimentos negativos, a maioria, 141 (54,9%) dos estudantes relataram que sentem algumas vezes, mas mais preocupante é o fato de que 58 (22,6%) dos estudantes relataram que sentem frequentemente sentimentos negativos.

Segundo Bohry (2007) a presença ou a intensificação de sentimentos negativos, tais como ansiedade, medo, mau humor e desespero podem ocorrer devido ao ingresso no ensino superior e a uma maior dificuldade de adaptação a esse novo contexto, proporcionando aflições psicológicas e problemas emocionais.

Tabela 9 - Frequência e percentual das respostas para as questões pertencentes ao domínio relações sociais.

| Domínio relações sociais | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|-----|-------|
| Questão | Opções de resposta | f | % |
| Q20 (Relações sociais) | 1 – Muito insatisfeito | 03 | 1,2% |
| | 2 – Insatisfeito | 21 | 8,2% |
| | 3 – Nem satisfeito nem insatisfeito | 37 | 14,4% |
| | 4 – Satisfeito | 136 | 52,9% |
| | 5 – Muito satisfeito | 59 | 23% |
| | Não responderam | 01 | 0,4% |
| Q21 (Atividade sexual) | 1 – Muito insatisfeito | 17 | 6,6% |
| | 2 – Insatisfeito | 16 | 6,2% |
| | 3 – Nem satisfeito nem insatisfeito | 73 | 28,4% |
| | 4 – Satisfeito | 89 | 34,6% |
| | 5 – Muito satisfeito | 59 | 23% |
| | Não responderam | 03 | 1,2% |
| Q22 (Suporte/apoio social) | 1 – Muito insatisfeito | 03 | 1,2% |
| | 2 – Insatisfeito | 08 | 3,1% |
| | 3 – Nem satisfeito nem insatisfeito | 63 | 24,5% |
| | 4 – Satisfeito | 114 | 44,4% |
| | 5 – Muito satisfeito | 66 | 25,7% |
| | Não responderam | 03 | 1,2% |

A Tabela 9 apresenta as frequências e porcentagens das respostas das questões que compõem o domínio relações sociais. Esse domínio é constituído por questões que avaliam as relações sociais, apoio social e relações sexuais.

Nesse domínio, para todos os indicadores (relações sociais, atividade sexual e suporte/apoio social) observou-se maiores índices de satisfação e muita satisfação.

Dessa forma, é possível dizer que esses estudantes em sua grande maioria apresentam relações sociais e um suporte social positivo e satisfatório. Teixeira; Castro e Piccolo (2007) acrescentam que uma das mudanças sofridas pelo estudante ao ingressar no ensino superior está relacionada à aquisição de novos relacionamentos interpessoais e enfatizam o quanto é necessário que os estudantes constituam uma rede de amigos e de apoio para que possam se integrar e se adaptar melhor ao contexto universitário.

Tabela 10 - Frequência e percentual das respostas para as questões pertencentes ao domínio meio ambiente.

| Domínio meio ambiente | | | |
|--|--------------------|-----|-------|
| Questão | Opções de resposta | f | % |
| Q8 (Segurança física e proteção) | 1 – Nada | 02 | 0,8% |
| | 2 – Muito pouco | 27 | 10,5% |
| | 3 – Mais ou menos | 119 | 46,3% |
| | 4 – Bastante | 94 | 36,6% |
| | 5 – Extremamente | 13 | 5,1% |
| | Não responderam | 02 | 0,8% |

| | | | |
|---|-------------------------------------|-----|-------|
| Q9 (Ambiente físico/poluição/ruído/trânsito/clima) | 1 – Nada | 17 | 6,6% |
| | 2 – Muito pouco | 88 | 34,2% |
| | 3 – Mais ou menos | 118 | 45,9% |
| | 4 – Bastante | 25 | 9,7% |
| | 5 – Extremamente | 09 | 3,5% |
| Q12 (Recursos financeiros) | 1 – Nada | 13 | 5,1% |
| | 2 – Muito pouco | 57 | 22,2% |
| | 3 – Médio | 122 | 47,5% |
| | 4 – Muito | 52 | 20,2% |
| | 5 – Completamente | 13 | 5,1% |
| Q13 (Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades) | 1 – Nada | 00 | 0% |
| | 2 – Muito pouco | 18 | 7% |
| | 3 – Médio | 72 | 28% |
| | 4 – Muito | 115 | 44,7% |
| | 5 – Completamente | 51 | 19,8% |
| | Não responderam | 01 | 0,4% |
| Q14 (Oportunidades de recreação/ lazer) | 1 – Nada | 10 | 3,9% |
| | 2 – Muito pouco | 83 | 32,3% |
| | 3 – Médio | 97 | 37,7% |
| | 4 – Muito | 44 | 17,1% |
| | 5 – Completamente | 23 | 8,9% |
| Q23 (Ambiente no lar) | 1 – Muito insatisfeito | 09 | 3,5% |
| | 2 – Insatisfeito | 22 | 8,6% |
| | 3 – Nem satisfeito nem insatisfeito | 50 | 19,5% |
| | 4 – Satisfeito | 102 | 39,7% |
| | 5 – Muito satisfeito | 73 | 28,4% |
| | Não responderam | 01 | 0,4% |
| Q24 (Cuidados de saúde e sociais) | 1 – Muito insatisfeito | 15 | 5,8% |
| | 2 – Insatisfeito | 39 | 15,2% |
| | 3 – Nem satisfeito nem insatisfeito | 68 | 26,5% |
| | 4 – Satisfeito | 73 | 28,4% |
| | 5 – Muito satisfeito | 62 | 24,1% |
| Q25 (Transporte) | 1 – Muito insatisfeito | 41 | 16% |
| | 2 – Insatisfeito | 81 | 31,5% |
| | 3 – Nem satisfeito nem insatisfeito | 70 | 27,2% |
| | 4 – Satisfeito | 46 | 17,9% |
| | 5 – Muito satisfeito | 19 | 7,4% |

A Tabela 10 apresenta as frequências e porcentagens das respostas das questões que compõem o domínio meio ambiente. Esse domínio inclui as condições ambientais e o estilo de vida.

No que se refere à satisfação com as condições do local onde mora, a maioria dos estudantes, 175 (68,1%) relataram estar satisfeito ou muito satisfeito. Da mesma forma, com relação à disponibilidade das informações que precisam, a maioria, 166 (64,3%) declararam estar muito ou completamente satisfeitos.

Quanto ao fato de se sentir seguro e protegido, 119 (46,3%) dos estudantes responderam que se sentem mais ou menos seguros. Com relação à satisfação com o acesso aos serviços de saúde 135 (52,5%) dos estudantes declararam estar satisfeito ou muito satisfeito. Já na satisfação com o meio de transporte 122 (47,5%) disseram estar insatisfeito ou muito insatisfeito. Resultado parecido também foi encontrado em relação ao quanto

saudável é o ambiente físico, na qual 105 (40,5%) declararam que seu ambiente físico é nada ou muito pouco saudável.

Com relação à satisfação com os recursos financeiros, grande parte dos estudantes, 122 (47,5%) disse apresentar uma satisfação média, havendo ainda assim maior porcentagem para insatisfações do que satisfações. No que se refere às atividades de lazer 93 (36,2%) relataram ter nada ou muito pouca oportunidade de ter atividades de lazer. Sendo importante considerar que a falta de recursos financeiros pode interferir nas oportunidades desses estudantes terem atividades de lazer.

Esses dados se mostram preocupantes, tendo em vista que é importante para a qualidade de vida que o estudante tenha momentos de lazer, sintam-se protegido e tenha um ambiente físico saudável, o que parece pouco presente na vida desses estudantes. De acordo com Eurich e Kluthcovsky (2008) o lazer está associado a um cuidar de si, o que gera conforto, alívio, alegria e tranquilidade, sendo essencial para o bem-estar e melhora da qualidade de vida.

Ainda assim, é importante enfatizar a importância de um meio ambiente adequado e saudável para uma melhor qualidade de vida, pois Caplan (1980) ao descrever os tipos de prevenção já considerava como essencial que suprimentos físicos fossem assegurados, como alimentação, sono adequado, meio ambiente saudável e assistência à saúde, como uma forma de prevenir distúrbios mentais.

3.3 COMPARAÇÃO ENTRE OS DOMÍNIOS DO *WHOQOL-BREF* E AS VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS ESTUDANTES

A análise da associação entre os domínios do *WHOQOL-Bref* e as características sociodemográficas dos estudantes foi feita pela comparação das médias dos escores obtidos. O nível de significância adotado para esse estudo foi de 5% ($p < 0,05$), sendo assim, apenas serão demonstradas nas tabelas abaixo as diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 11 – Comparação entre variáveis sociodemográficas e o domínio físico.

| Domínio físico | | | | |
|---|-----|-------|---------------|-------|
| Variáveis sociodemográficas | f | Média | Desvio padrão | p* |
| Curso | | | | |
| Ciências biológicas | 35 | 11,49 | 2,03 | 0,003 |
| Engenharia química | 36 | 11,82 | 1,63 | |
| Farmácia e bioquímica | 41 | 11,63 | 1,75 | |
| Licenciatura plena em ciências | 107 | 12,54 | 1,97 | |
| Química | 35 | 11,80 | 1,40 | |
| Química industrial | 03 | 14,10 | 1,65 | |
| Alguma dificuldade ou crise emocional já interferiu no seu desempenho acadêmico nesta universidade | | | | |
| Não | 158 | 12,37 | 1,81 | 0,001 |
| Sim | 99 | 11,60 | 1,90 | |

*p < 0,05

Comparando cada curso com os resultados obtidos no domínio físico, observou-se diferença significativa especificamente entre os cursos de licenciatura plena em ciências e de ciências biológicas ($p = 0,037$). Apresentando maior escore médio, 12,54 (DP = 1,97) os estudantes do curso de licenciatura plena em ciência, o que indica que estes estudantes apresentaram melhor qualidade de vida no domínio físico do que os estudantes do curso de ciências biológicas e dos demais cursos (Tabela 11).

Os estudantes que declararam não terem tido dificuldade ou crise emocional que interferiu seu desempenho acadêmico na universidade atual apresentaram maior escore médio 12,37 (DP = 1,81), indicando melhor qualidade de vida no domínio físico em comparação com os estudantes que já apresentaram tal dificuldade ou crise emocional 11,60 (DP = 1,90).

Esse resultado indica que possivelmente essa dificuldade ou crise emocional interfere negativamente na percepção do estudante, fazendo com que o mesmo avalie de forma menos satisfatória sua qualidade de vida no domínio físico.

Tabela 12 – Comparação entre variáveis sociodemográficas e o domínio psicológico.

| Domínio psicológico | | | | |
|---|-----|-------|---------------|-------|
| Variáveis sociodemográficas | f | Média | Desvio padrão | p* |
| É fumante | | | | |
| Não | 246 | 13,72 | 1,86 | 0,024 |
| Sim | 11 | 15,03 | 1,82 | |
| A sua vida escolar (antes de ingressar na universidade) já foi prejudicada por questões emocionais | | | | |
| Não | 163 | 14,07 | 1,82 | 0,001 |
| Sim | 94 | 13,28 | 1,87 | |

Alguma dificuldade ou crise emocional já interferiu no seu desempenho acadêmico nesta universidade

| | | | | |
|-----|-----|-------|------|---------|
| Não | 158 | 14,28 | 1,65 | <0,0001 |
| Sim | 99 | 12,99 | 1,94 | |

Capacidade de se adaptar a novas situações

| | | | | |
|---------------|-----|-------|------|---------|
| Muito pouco | 07 | 12,00 | 1,88 | <0,0001 |
| Mais ou menos | 75 | 13,14 | 1,82 | |
| Bastante | 140 | 14,11 | 1,73 | |
| Extremamente | 35 | 14,21 | 2,04 | |

*p < 0,05

Em relação ao domínio psicológico, pode-se notar que houve diferença estatisticamente significativa no fato de o estudante ser ou não fumante, sendo que a média mais elevada foi encontrada nos estudantes que se disseram fumantes, 15,03 (DP = 1,82), indicando melhor qualidade de vida nesse domínio (Tabela 12).

Silva et al. (2008) realizaram um estudo relacionado ao tabaco e a saúde na visão de estudantes universitários e concluíram que o hábito de fumar é visto tanto por aspectos negativos como positivos e é associado ao convívio social e ao prazer. Os autores ainda acrescentam que a nicotina gera uma dependência psicológica, pela sensação do cigarro fornecer um apoio, muito utilizado nos momentos de estresse e solidão, podendo ser percebido como um hábito que relaxa e que gera certo bem-estar.

A análise no domínio psicológico também mostrou que os estudantes que declararam terem tido sua vida escolar prejudicada por questões emocionais apresentaram menor escore médio, de 13,28 (DP = 1,87). Resultado parecido também foi encontrado para os estudantes que tiveram dificuldade ou crise emocional que interferiu no seu desempenho acadêmico na universidade atual, apresentando menor escore médio 12,99 (DP = 1,94) em comparação com os estudantes que não tiveram tal dificuldade ou crise emocional.

Quanto à capacidade de se adaptar a novas situações, foi observado que quanto melhor a capacidade de se adaptar, maior o escore no domínio psicológico. Corroborando a teoria da adaptação de Simon (1989) que mostra a predominância e a importância dos aspectos afetivos na qualidade da adaptação dos indivíduos. Dessa forma, a capacidade de se adaptar é favorecida por aspectos psicológicos positivos, proporcionando melhor organização mental, cognitiva e intelectual.

Tabela 13 – Comparação entre variáveis sociodemográficas e o domínio relações sociais.

| Domínio relações sociais | | | | |
|---|-----|-------|---------------|-------|
| Variáveis sociodemográficas | f | Média | Desvio padrão | p* |
| Alguma dificuldade ou crise emocional já interferiu no seu desempenho acadêmico nesta universidade | | | | |
| Não | 158 | 15,70 | 2,61 | 0,001 |
| Sim | 99 | 14,47 | 3,13 | |

*p < 0,05

A Tabela 13 mostra que no domínio relações sociais foi identificada diferença entre os estudantes que tiveram ou não dificuldade ou crise emocional que interferiu no seu desempenho acadêmico na universidade atual. Dessa forma, os estudantes que não tiveram dificuldade ou crise emocional apresentaram melhor qualidade de vida nesse domínio, apresentando média de 15,70 (DP = 2,61).

Esse resultado indica que possivelmente essa dificuldade ou crise emocional interfere de forma negativa na percepção do estudante, fazendo com que o mesmo avalie de forma menos satisfatória sua qualidade de vida nesse domínio.

Além disso, enfatiza-se o suporte familiar e social como fatores preventivos e que auxiliam em uma melhor adaptação ao contexto acadêmico. Relações satisfatórias contribuem para um melhor bem-estar e para a aquisição de recursos essenciais para a superação de dificuldades que possam surgir ao longo da formação acadêmica (TEIXEIRA; CASTRO; PICCOLO, 2007).

Tabela 14 – Comparação entre variáveis sociodemográficas e o domínio meio ambiente.

| Domínio meio ambiente | | | | |
|---------------------------------|-----|-------|---------------|---------|
| Variáveis sociodemográficas | f | Média | Desvio padrão | p* |
| Faixa etária | | | | |
| 18 - 25 anos | 228 | 13,07 | 2,25 | <0,0001 |
| 26 - 34 anos | 14 | 10,96 | 1,73 | |
| Mais de 34 anos | 15 | 11,63 | 0,79 | |
| Possui doença | | | | |
| Não | 212 | 13,02 | 2,26 | 0,039 |
| Sim | 43 | 12,21 | 2,63 | |
| Não responderam | 02 | | | |
| Pratica atividade física | | | | |
| Nunca | 37 | 11,95 | 2,62 | 0,004 |
| Raramente | 89 | 12,86 | 2,30 | |
| Às vezes | 81 | 12,73 | 2,20 | |
| Frequentemente | 37 | 14,03 | 2,13 | |
| Sempre | 13 | 13,04 | 2,10 | |

| Alguma dificuldade ou crise emocional já interferiu no seu desempenho acadêmico nesta universidade | | | | |
|--|-----|-------|------|---------|
| Não | 158 | 13,31 | 2,35 | <0,0001 |
| Sim | 99 | 12,15 | 2,15 | |

*p < 0,05

No domínio meio ambiente foi encontrada diferença estatisticamente significativa no que se refere à faixa etária, doença, prática de atividade física e se teve ou não alguma dificuldade ou crise emocional. Com relação à faixa etária, existiu maior diferença estatística entre as faixas etárias de 18 a 25 anos e de 26 a 34 anos e entre os estudantes que declararam ter ou não alguma doença, apresentaram maior escore médio, 13,02 (DP = 2,26) os que declararam não possuir doença (Tabela 14).

Quanto à prática de atividade física, a média mais elevada, 14,03 (DP = 2,13) no que se refere à qualidade de vida nesse domínio foi encontrada nos estudantes que frequentemente praticam atividade física.

No domínio meio ambiente também foi encontrada diferença entre os estudantes que tiveram ou não alguma dificuldade ou crise emocional que interferiu no seu desempenho acadêmico na universidade atual, sendo que a maior média 13,31 (DP = 2,35) foi obtida pelos estudantes que não tiveram tal dificuldade ou crise emocional.

Esses dados demonstram que os estudantes mais jovens, entre 18 e 25 anos percebem sua qualidade de vida em relação ao meio ambiente de forma mais satisfatória que os demais. Os estudantes que declararam não possuir nenhuma doença também apresentaram uma percepção mais positiva do seu meio ambiente, assim como os que praticam atividade física frequentemente e os que não tiveram dificuldade ou crise emocional que interferiu no seu desempenho acadêmico na universidade atual.

3.3 AVALIAÇÃO DO BEM-ESTAR SUBJETIVO

O bem-estar subjetivo foi avaliado pela Escala de Bem - Estar Subjetivo - EBES, que é constituída por três fatores, descritos abaixo:

- **Afeto positivo** - composto por 21 itens, que são: 3, 4, 6, 7, 10, 11, 14, 16, 18, 19, 21, 22, 24, 25, 26, 29, 37, 39, 41, 42 e 43.

- **Afeto negativo** - composto por 26 itens, que são: 1, 2, 5, 8, 9, 12, 13, 15, 17, 20, 23, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 40, 44, 45, 46 e 47.
- **Satisfação com a vida** - composta por 15 itens, que são: 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61 e 62.

Tabela 15 – Escores médios e seus respectivos desvios padrão dos três fatores da Escala de Bem - Estar Subjetivo – EBES e do índice geral.

| Fatores | Média* | Desvio padrão |
|-------------------------------------|--------|---------------|
| Afeto positivo | 3,27 | 0,69 |
| Afeto negativo | 3,80 | 0,68 |
| Satisfação com a vida | 3,57 | 0,69 |
| Índice geral de bem-estar subjetivo | 3,56 | 0,57 |

*Valor baseado em uma escala de 1 a 5.

A Tabela 15 apresenta a média e o desvio padrão do índice geral do bem-estar subjetivo dos estudantes universitários e dos fatores de afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida, cujos dados demonstram que o maior escore médio obtido foi o do afeto negativo 3,80 (DP = 0,68) seguido pelo de satisfação com a vida, média de 3,57 (DP = 0,69) e pelo afeto positivo 3,27 (DP = 0,69). No escore geral a média obtida foi de 3,56 (DP = 0,57).

Considerando o intervalo da amostra, de 1 a 5, para os fatores de afeto positivo e de satisfação com a vida, quanto maior o escore, considerando o ponto de corte como 3, melhor o bem-estar subjetivo, ou seja, para escores acima de média 3. E quanto menor o escore, abaixo de média 3 para o afeto negativo, melhor pode ser considerado o bem-estar subjetivo.

O afeto negativo foi o fator que obteve maior escore médio em relação aos demais, indicando que esses estudantes experimentam maior frequência e intensidade de emoções negativas do que de emoções positivas ou de satisfação com a vida.

De acordo com Albuquerque e Tróccoli (2004), as emoções negativas estão relacionadas a sentimentos desagradáveis, como angústia, ansiedade, aborrecimento, estresse, tensão, pessimismo, medo e tristeza, o que parece estar bastante presente na percepção afetiva desses estudantes, sendo um fator negativo para o bem-estar subjetivo e para a qualidade de vida desses estudantes.

Tabela 16 – Frequência e porcentagem do estado de bem-estar subjetivo geral.

| Índice geral de bem-estar subjetivo | f | % |
|--|----------|----------|
| Baixo bem-estar subjetivo | 35 | 13,6% |
| Moderado bem-estar subjetivo | 185 | 72% |
| Elevado bem-estar subjetivo | 37 | 14,4% |

A maioria dos estudantes, 185 (72%) apresentou bem-estar subjetivo moderado, o que indica que esses estudantes não estão completamente felizes e satisfeitos com suas vidas. Entretanto, 37 (14,4%) estudantes apresentaram elevado bem-estar subjetivo, demonstrando serem os estudantes mais felizes e satisfeitos. Apesar disso, existe um dado preocupante com relação a 35 (13,6%) estudantes terem apresentado baixo bem-estar subjetivo, sendo os menos felizes e menos satisfeitos com suas vidas (Tabela 16).

Esses resultados demonstram o que Diener et al. (1997) explicam com relação ao bem-estar subjetivo ser avaliado a partir da experiência interna do estudante e em relação ao que pensa e sente sobre sua vida. Sendo que para esses estudantes prevaleceu um bem-estar subjetivo moderado, com a presença de emoções tanto positivas como negativas.

Tabela 17 – Frequência e porcentagem do estado de afeto positivo, afeto negativo e satisfação com a vida.

| Afeto positivo | f | % |
|--------------------------------|----------|----------|
| Baixo afeto positivo | 41 | 16% |
| Moderado afeto positivo | 178 | 69,3% |
| Elevado afeto positivo | 38 | 14,8% |
| Afeto negativo | | |
| Baixo afeto negativo | 37 | 14,4% |
| Moderado afeto negativo | 179 | 69,6% |
| Elevado afeto negativo | 41 | 16% |
| Satisfação com a vida | | |
| Baixa satisfação com a vida | 43 | 16,7% |
| Moderada satisfação com a vida | 163 | 63,4% |
| Elevada satisfação com a vida | 51 | 19,8% |

A Tabela 17 apresenta os dados referentes aos fatores da Escala de Bem-Estar Subjetivo - EBES, na qual se observa que grande parte dos estudantes, 178 (69,3%) enquadrou-se como possuindo moderado afeto positivo. Apenas 38 (14,8%) dos estudantes apresentaram elevado afeto positivo e 41 (16%) apresentaram baixo afeto positivo.

Resultado parecido pôde ser observado no que se refere à frequência de afeto negativo e de satisfação com a vida, na qual, a maioria dos estudantes se enquadrou em uma frequência

moderada, tanto de afetos negativos, 179 (69,6%), como de satisfação com a vida, 163 (63,4%).

Esses dados trazem preocupação, pois a maioria dos estudantes se enquadraram em estados afetivos moderados e em uma satisfação com a vida moderada, ainda mais preocupante é o fato de existir também um maior escore médio e maior frequência moderada de afeto negativo.

De acordo com Albuquerque e Tróccoli (2004) esses resultados demonstram que esses estudantes estão vivenciando mais sentimentos desagradáveis do que sentimentos prazerosos e de felicidade, sendo este um fator negativo para o bem-estar subjetivo e também para a qualidade de vida desses estudantes.

Além disso, demonstram estar julgando sua satisfação com a vida de forma não tão positiva, o que pode interferir na percepção dos afetos, pois o nível de satisfação é um modulador das emoções, aumentando ou diminuindo-as de acordo com o que se pensa (ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI, 2004).

3.3 COMPARAÇÃO ENTRE OS FATORES DA ESCALA DE BEM-ESTAR SUBJETIVO - EBES E AS VARIÁVEIS DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DOS ESTUDANTES

A análise da associação entre os fatores da Escala de Bem-Estar Subjetivo - EBES e as características sociodemográficas dos estudantes foi feita pela comparação das médias dos escores obtidos. O nível de significância adotado para esse estudo foi de 5% ($p < 0,05$), sendo assim, apenas serão demonstradas nas tabelas abaixo as diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 18 – Comparação entre variáveis sociodemográficas e o afeto positivo.

| Afeto positivo | | | | |
|--------------------------------|-----|-------|---------------|-------|
| Variáveis sociodemográficas | f | Média | Desvio padrão | p* |
| Curso | | | | |
| Ciências biológicas | 35 | 3,04 | 0,67 | 0,026 |
| Engenharia química | 36 | 3,13 | 0,53 | |
| Farmácia e bioquímica | 41 | 3,17 | 0,69 | |
| Licenciatura plena em ciências | 107 | 3,44 | 0,74 | |
| Química | 35 | 3,22 | 0,66 | |
| Química industrial | 03 | 3,32 | 0,34 | |

| | | | | |
|---|-----|------|------|---------|
| Pratica atividade física | | | | |
| Nunca | 37 | 2,92 | 0,82 | 0,003 |
| Raramente | 89 | 3,28 | 0,63 | |
| Às vezes | 81 | 3,31 | 0,66 | |
| Frequentemente | 37 | 3,32 | 0,60 | |
| Sempre | 13 | 3,72 | 0,80 | |
| Alguma dificuldade ou crise emocional já interferiu no seu desempenho acadêmico nesta universidade | | | | |
| Não | 158 | 3,41 | 0,63 | <0,0001 |
| Sim | 99 | 3,04 | 0,72 | |
| Capacidade de se adaptar a novas situações | | | | |
| Muito pouco | 07 | 2,52 | 0,66 | <0,0001 |
| Mais ou menos | 75 | 2,99 | 0,67 | |
| Bastante | 140 | 3,39 | 0,64 | |
| Extremamente | 35 | 3,52 | 0,71 | |

*p < 0,05

A análise dos dados quanto à frequência de sentimentos positivos mostrou, conforme a Tabela 18, que com relação ao curso, existe maior frequência de sentimentos positivos nos estudantes do curso de licenciatura plena em ciências, com escore médio de 3,44 (DP = 0,74) em comparação com os estudantes dos demais cursos.

Quanto à prática de atividade física, os estudantes que declararam que sempre praticam atividade física apresentaram maior escore médio 3,72 (DP = 0,80).

Com relação à presença de dificuldade ou crise emocional que já interferiu no desempenho acadêmico do estudante na universidade atual. Houve maior escore médio de afetos positivos 3,41 (DP = 0,63) nos estudantes que não apresentaram tal dificuldade ou crise. Já na capacidade de se adaptar, pôde-se observar uma média mais elevada de afetos positivos, 3,52 (DP = 0,71) nos estudantes que se declararam como extremamente capazes de se adaptar a novas situações.

Esses dados demonstram que praticar sempre atividade física aumenta a frequência de sentimentos positivos, assim como ter extremamente a capacidade de se adaptar as novas situações, aumentando a frequência de sentimentos agradáveis, de bem-estar e felicidade. O que reforça a teoria de Marinho (2007) de que comportamentos positivos frente à saúde influenciam o bem-estar e a qualidade de vida.

Tabela 19 – Comparação entre variáveis sociodemográficas e o afeto negativo.

| Afeto negativo | | | | |
|---|----------|--------------|----------------------|-----------|
| Variáveis sociodemográficas | f | Média | Desvio padrão | p* |
| A sua vida escolar (antes de ingressar na universidade) já foi prejudicada por questões emocionais | | | | |
| Não | 163 | 2,12 | 0,66 | 0,016 |
| Sim | 94 | 2,33 | 0,70 | |

| Alguma dificuldade ou crise emocional já interferiu no seu desempenho acadêmico nesta universidade | | | | |
|---|-----|------|------|---------|
| Não | 158 | 1,98 | 0,54 | <0,0001 |
| Sim | 99 | 2,55 | 0,74 | |
| Capacidade de se adaptar a novas situações | | | | |
| Muito pouco | 07 | 2,96 | 0,73 | <0,0001 |
| Mais ou menos | 75 | 2,39 | 0,77 | |
| Bastante | 140 | 2,09 | 0,58 | |
| Extremamente | 35 | 2,08 | 0,71 | |

*p < 0,05

Considerando a Tabela 19 que mostra a associação entre as variáveis sociodemográficas e o afeto negativo, foi encontrada diferença significativa entre os estudantes que relataram já terem sua vida escolar prejudicada por questões emocionais e os que não tiveram. Os estudantes que responderam que sim alcançaram um escore médio mais elevado 2,33 (DP = 0,70), indicando maior intensidade de afetos negativos.

Da mesma forma, para os estudantes que relataram que já tiveram alguma dificuldade ou crise emocional que interferiu no seu desempenho acadêmico na universidade atual, o escore médio também foi mais elevado, 2,55 (DP = 0,74) em comparação com os estudantes que não tiveram tal dificuldade ou crise emocional.

Quanto à capacidade de adaptação, os que relataram que possuem muito pouco esta capacidade foram os que apresentaram maior escore médio 2,96 (DP = 0,73), ou seja, apresentam maior frequência de emoções negativas.

Esses resultados indicam que a presença de afeto negativo aparece com mais frequência nos estudantes que apresentaram dificuldades emocionais na vida escolar passada e recente. Além disso, foi identificado que quanto melhor a capacidade de se adaptar a novas situações, menor a percepção de afeto negativo.

Para essa situação é possível considerar a explicação de Bohry (2007) e Jorge (1996) de que quando uma crise emocional durante a vida escolar não é resolvida de forma satisfatória, isso pode gerar consequências negativas para a auto-estima, motivação, auto-imagem e satisfação com a vida, ou seja, a percepção de emoções tenderá para aspectos negativos, o que pode ter ocorrido na vida de parte desses estudantes.

Tabela 20 – Comparação entre variáveis sociodemográficas e a satisfação com a vida.

| Satisfação com a vida | | | | |
|-----------------------------|-----|-------|---------------|-------|
| Variáveis sociodemográficas | f | Média | Desvio padrão | p* |
| Gênero | | | | |
| Feminino | 167 | 3,02 | 0,24 | 0,003 |
| Masculino | 90 | 3,11 | 0,24 | |
| É fumante | | | | |
| Não | 246 | 3,04 | 0,24 | 0,019 |
| Sim | 11 | 3,22 | 0,24 | |

*p < 0,05

De acordo com a Tabela 20 é possível observar diferença entre os estudantes em relação ao gênero, apresentando maior escore médio 3,11 (DP = 0,24) o gênero masculino. Com relação ao fato de ser ou não fumante, os que se declararam fumantes apresentaram maior escore médio 3,22 (DP = 0,24) na avaliação da satisfação com a vida.

A partir desses dados é possível dizer que os estudantes do gênero masculino avaliaram melhor sua satisfação com a vida do que os do gênero feminino. Além disso, os estudantes fumantes também avaliaram melhor sua satisfação com a vida, reforçando o que Silva et al. (2008) explica com relação ao hábito de fumar também ser visto de forma positiva, por trazer uma sensação de bem-estar e de relaxamento, o que para esses estudantes parece interferir positivamente na avaliação de satisfação com a vida.

3.4 CORRELAÇÃO ENTRE OS DOMÍNIOS DO *WHOQOL-BREF* E OS FATORES DA ESCALA DE BEM-ESTAR SUBJETIVO - EBES

Tabela 21 – Matriz de correlação (r de Pearson) entre os escores dos domínios do *WHOQOL-Bref* e os escores dos fatores da Escala de Bem - Estar Subjetivo - EBES.

| Variáveis | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|------------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|------|---|
| Qualidade de vida | | | | | | | |
| 1 Domínio físico | - | - | - | - | - | - | - |
| 2 Domínio psicológico | 0,43* | - | - | - | - | - | - |
| 3 Domínio relações sociais | 0,34* | 0,48* | - | - | - | - | - |
| 4 Domínio meio ambiente | 0,35* | 0,36* | 0,42* | - | - | - | - |
| Bem - estar subjetivo | | | | | | | |
| 5 Afeto positivo | 0,53* | 0,56* | 0,44* | 0,29* | - | - | - |
| 6 Afeto negativo | -0,35* | -0,39* | -0,44* | -0,30* | -0,41* | - | - |
| 7 Satisfação com a vida | 0,18* | 0,16* | 0,13** | 0,27* | 0,20* | 0,01 | - |

*p < 0,01 ** p < 0,05

Para a classificação das correlações (r) foram considerados os seguintes valores $r \geq 0,70$ correlação forte, $0,30 < r < 0,70$ correlação moderada e $0,10 < r \leq 0,30$ correlação fraca. Sendo que toda correlação com $p < 0,01$ e com $p < 0,05$ foi considerada estatisticamente significativa (SILVA et al., 2009).

A Tabela 21 contém índices de correlação entre os quatro domínios do *WHOQOL-Bref* e os três fatores da Escala de Bem - Estar Subjetivo - EBES, dos quais é possível identificar que todos os domínios se correlacionam entre si de forma positiva e com uma correlação significativa e moderada. Com relação aos afetos, o afeto positivo se correlaciona de forma positiva e moderada com o domínio físico ($r = 0,53$), psicológico ($r = 0,56$) e de relações sociais ($r = 0,44$). Em relação ao domínio meio ambiente, a correlação se apresenta como positiva, mas fraca ($r = 0,29$).

Quanto ao afeto negativo, verificou-se uma correlação significativa, negativa e moderada com o domínio físico ($r = -0,35$), psicológico ($r = -0,39$) e de relações sociais ($r = -0,44$), e também com o afeto positivo ($r = -0,41$) e uma correlação negativa e fraca com o domínio meio ambiente ($r = -0,30$).

No que se refere à satisfação com a vida, é possível observar que em relação aos domínios foram obtidas correlações positivas e significativas, mas fracas, o que também foi encontrado em relação ao afeto positivo ($r = 0,20$). Apenas não foi encontrada correlação entre a satisfação com a vida e o afeto negativo ($r = 0,01$).

Conforme esses resultados, compreende-se que quanto mais positiva a percepção do estudante em relação aos domínios da qualidade de vida, isso interferirá de forma também positiva nos demais domínios. Da mesma forma, quanto melhor a avaliação da qualidade de vida nos domínios, maior será a frequência de afetos positivos e menor será a frequência de afetos negativos.

Os dados indicam também que quanto maior a satisfação com a vida, melhor a qualidade de vida nos domínios e maior a frequência de emoções positivas. Em relação ao afeto negativo, quanto maior sua frequência, pior será a qualidade de vida nos domínios e menor será a frequência de afetos positivos.

Chatterji e Bickenbach (2008) que realizaram estudos envolvendo temáticas de saúde e qualidade de vida concluíram que a melhora na qualidade de vida também traz melhoras para o bem-estar e para a saúde e enfatizam a importância de se buscar uma melhor qualidade de vida e bem-estar.

4 CONCLUSÃO

O objetivo dessa pesquisa foi avaliar a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo de estudantes universitários. Não se pretende generalizar os dados aqui apresentados, mas apresentar conhecimento relevante da amostra estudada.

Com a utilização do *WHOQOL-Bref* como ferramenta de estudo e diagnóstico da qualidade de vida, verificou-se que apesar da maioria dos estudantes terem revelado ter uma boa ou muito boa qualidade de vida geral, nos escores dos domínios identificou-se valores não tão positivos, principalmente quando comparados com outros estudos que também avaliaram a qualidade de vida de universitários.

Os resultados desse estudo sugerem à necessidade de maior atenção a qualidade de vida desses estudantes, principalmente no domínio meio ambiente. Nesse domínio constatou-se resultados mais negativos e insatisfatórios quanto as questões relacionadas a sentir-se seguro, meio de transporte, oportunidades de ter atividades de lazer e de possuir um ambiente físico saudável. Esses aspectos interferem negativamente na percepção da qualidade de vida e podem estar relacionados a um cotidiano agitado, às inseguranças e incertezas vivenciadas na contemporaneidade brasileira.

Ainda assim, é necessário que ocorram melhorias no meio em que o estudante vive, tornando-se essencial que esse ambiente apresente equipamentos básicos e redes de apoio que possibilitem o desenvolvimento de hábitos psicossociais saudáveis e adequados.

O domínio que foi melhor avaliado pelos estudantes foi o de relações sociais, indicando maior satisfação dos estudantes com suas relações sociais e o suporte social recebido.

No domínio psicológico identificou-se um dado preocupante com relação à alta frequência com que esses estudantes experimentam sentimentos negativos (ansiedade, mau humor, angústia, tristeza, medo, entre outros) o que também foi encontrado na percepção do bem-estar subjetivo, no qual se observou maior índice de emoções negativas.

Na avaliação do domínio físico foram encontrados dados insatisfatórios no que se refere à satisfação com a qualidade do sono e com a disponibilidade de energia suficiente para as atividades do dia-a-dia, o que pode estar ligado às dificuldades emocionais relatadas e a sobrecarga de atividades acadêmicas.

Considerando a avaliação da qualidade de vida, foi possível identificar diversas necessidades psicobiológicas, como sono e repouso, prática de atividades físicas,

desenvolvimento de atividades de lazer e diminuição ou eliminação das emoções negativas. Sendo importante que sejam desenvolvidas ações psicoeducativas que visem à melhora destas condições, como uma estratégia para a promoção da saúde e melhora da qualidade de vida.

No que se refere à avaliação do bem-estar subjetivo, identificou-se que esses estudantes apresentam mais afetos negativos do que positivos, sendo importante verificar se é um estado transitório ou permanente e preocupa o fato de alguns estudantes apresentarem baixo bem-estar subjetivo, sugerindo possíveis problemas emocionais, o que corrobora os indicativos de dificuldades e crises emocionais tanto do passado como do momento atual.

O bem-estar subjetivo pode ser considerado um indicador de saúde mental e sinônimo de felicidade e essencial para o desenvolvimento pessoal, para aprendizagem, satisfação e sucesso acadêmico. Sendo assim, torna-se necessário que sejam minimizadas as emoções negativas e promovidas as positivas, principalmente porque a alta frequência de emoções negativas se associa a sintomas depressivos e a doenças físicas.

Essa pesquisa também nos mostrou que esses estudantes apresentam comportamentos pouco saudáveis quanto à ingestão de bebida alcoólica e a pouca prática de exercícios físicos. Considerando o exposto na literatura científica, é possível que mudanças adequadas no estilo de vida influenciem de forma positiva à saúde e o bem-estar.

Dessa forma, torna-se necessária a promoção de intervenções que visem à aquisição de comportamentos mais saudáveis, pois esses estudantes nesses aspectos demonstram ter um estilo de vida que traz consequências negativas para a saúde. Mas cabe ressaltar como um dado positivo o fato de poucos estudantes terem o hábito de fumar.

É necessário considerar que uma porcentagem significativa dos estudantes declararam já terem sua vida escolar e recente prejudicada por questões emocionais, o que parece interferir negativamente na percepção da qualidade de vida e do bem-estar subjetivo, sendo essencial que durante o percurso acadêmico o estudante mantenha um equilíbrio emocional para que não tenha seu desempenho e rendimento prejudicados, sendo importante a implantação de programas de atendimento psicológico breve no âmbito universitário.

O ingresso no ensino superior gera mudanças no cotidiano do estudante, proporcionando novas experiências associadas a novos e distintos sentimentos, o que influencia a percepção do estudante em relação a sua qualidade de vida e bem-estar.

Considerando esse fato, faz-se necessário a busca de estratégias que permitam melhor adaptação e o desenvolvimento de recursos de enfrentamento para as novas situações vivenciadas, o que pode ser realizado por serviços e profissionais que auxiliem o estudante no seu autoconhecimento e no enfrentamento de suas dificuldades, sendo favorável para seu

fortalecimento individual e equilíbrio emocional, aumentando sua capacidade de responder mais satisfatoriamente aos desafios enfrentados nessa fase da vida.

Além disso, é útil que sejam criados programas de apoio para os estudantes realizado por outros estudantes com a coordenação de um profissional capacitado, com o objetivo de aumentar a integração, o suporte social e de proporcionar mais recursos satisfatórios para que o estudante possa lidar de forma mais eficaz com as situações difíceis e estressantes do seu cotidiano acadêmico. Sendo mais eficaz que esse apoio seja realizado logo no primeiro ano de curso, quando os estudantes iniciam seu curso superior.

Observa-se que na formação acadêmica dos estudantes universitários pouco tem se privilegiado quanto aos aspectos que possibilitam um fortalecimento emocional e um desenvolvimento pessoal, fatores esses que interferem na qualidade de vida e no bem-estar dos estudantes, ou seja, existe a necessidade de serem repensados os serviços oferecidos para o estudante dentro do âmbito institucional, sendo importante considerar o estudante em sua integralidade e com necessidades não só acadêmicas, mas também psicossociais.

Observou-se, também, que é possível através dos instrumentos utilizados nesse estudo, identificar estudantes que estão com maior dificuldade ou comprometimento. Na medida em que os resultados apontam para problemas de um grupo e em específico de alguns estudantes, podem ser elaboradas estratégias específicas para indivíduos ou grupos.

Avaliar a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo permite que seja obtida uma melhor compreensão sobre as reais necessidades dos estudantes. Em geral, a qualidade de vida de estudantes universitários tem sido pouco avaliada e mais raramente a avaliação do bem-estar subjetivo.

É conveniente que outras pesquisas sejam realizadas para gerar novos conhecimentos e levantar questionamentos que possam contribuir para ações que visem à melhora do bem-estar e da qualidade de vida, pois esse tipo de estudo contribui para o entendimento do ser humano a partir de suas potencialidades e não apenas de suas fraquezas, conforme os princípios da psicologia positiva.

Foram identificadas algumas limitações nesse estudo, principalmente pela amostra ser pequena e constituída por universitários de uma única universidade. Além disso, não foram encontrados estudos que avaliassem o bem-estar subjetivo em universitários para possíveis comparações. Porém, esses dados evidenciam aspectos importantes para futuras comparações com outros estudos, além de contribuir para a produção bibliográfica relacionada a essas temáticas, ainda escassas em nosso meio.

Portanto, espera-se que esse estudo motive a realização de outras pesquisas, pois o conhecimento sobre a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo de estudantes universitários permite o estabelecimento de programas direcionados à saúde mental, com intervenções de promoção e prevenção da saúde que objetivem a melhora da qualidade de vida e o aumento do bem-estar, visando principalmente melhorias nos aspectos que impactam negativamente na qualidade de vida e no bem-estar subjetivo dos estudantes universitários.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, A. S.; TRÓCCOLI, B. T. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. **Psicologia: teoria e pesquisa**, Brasília, v. 20, n. 2, p. 153-164, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 09 set. 2010.

BENJAMIN, M. The quality student life: toward a coherent conceptualization. **Social Indicators Research**, v. 31, n. 3, p. 205-264, 1994.

BENNETT, P.; MURPHY, S. **Psicologia e promoção da saúde**. Lisboa: CLIMEPSI EDITORES, 1997.

BERLIM, M. T.; FLECK, M. P. A. “Quality of life”: a brand new concept for research and practice in psychiatry. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, n. 4, p. 249-252, 2003.

BERNARDES, K. A. G. **Qualidade de vida de agentes comunitários de saúde de um município da região oeste do Estado de São Paulo**. 2008. 93 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

BOHRY, S. **Crise psicológica do universitário e trancamento geral de matrícula por motivo de saúde**. 2007. 240 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e Cultura) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2007. Disponível em: <<http://bdtd.bce.unb.br>>. Acesso em: 15 out. 2010.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

_____. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 15-38.

CALVETTI, P. U. et al. Psicologia da saúde e qualidade de vida: pesquisas e intervenções em psicologia clínica. **Mudanças: psicologia da saúde**, v. 14, n. 1, p. 18-23, 2006. Disponível em: <<http://bases.bireme.br>>. Acesso em: 26 set. 2010.

CAPLAN, G. **Princípios de psiquiatria preventiva**. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

CERCHIARI, E. A. N.; CAETANO, D.; FACCENDA, O. Prevalência de transtornos mentais menores em estudantes universitários. **Estudos de Psicologia**, v. 10, n. 3, p. 413-420, 2005. Disponível em: <<http://bases.bireme.br>>. Acesso em 13 dez. 2011.

CHACHAMOVICH, E.; FLECK, M. P. A. Desenvolvimento do WHOQOL-100. In: FLECK, M. P. A. (Org). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 5, p. 60-73.

CHATTERJI, S.; BICKENBACH, J. Considerações sobre a qualidade de vida. In: FLECK, M. P. A. (Org). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 3, p. 40-47.

CUSTODIO, E. M. et al. Qualidade de vida entre universitárias: estudos preliminares com o WHOQOL-Bref. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, ano 24, n. 3/4, p. 47-57, 2004. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx>>. Acesso em: 23 set. 2011.

DANTAS, R. A. S.; SAWADA, N. O.; MALERBO, M. B. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 532-538, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 dez. 2010.

DELA COLETA, J. A.; DELA COLETA, M. F. Felicidade, bem-estar subjetivo e comportamento acadêmico de estudantes universitários. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 3, p. 533-539, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 12 ago. 2011.

DINER, E.; SUH, E.; OISHI, S. Recent findings on subjective Well-being. **Indian Journal of Clinical Psychology**, v. 24, n. 1, p. 25-41, 1997.

EURICH, R. B.; KLUTHCOVSKY, A. C. G. C. Avaliação da qualidade de vida de acadêmicos de graduação em enfermagem do primeiro e quarto anos: influência das variáveis sociodemográficas. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 30, n. 3, p. 211-220, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 25 ago. 2011.

FIEDLER, P. T. **Avaliação da qualidade de vida do estudante de medicina e da influência exercida pela formação acadêmica**. 2008. Tese (Doutorado em Ciências) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

FLECK, M. P. A. et al. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-BREF. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 23 jun. 2010.

FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In: _____. **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 1, p. 19-28.

_____. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 21 mar. 2010.

FONAPRACE - **Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis**. Perfil Socioeconômico e Cultural dos Estudantes de Graduação das Universidades Federais Brasileiras. Brasília, 2011.

FREITAS, C. M. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

GIACOMONI, C. H. Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. **Temas em Psicologia da SBP**, v. 12, n. 1, p. 43-50, 2004.

GIGLIO, J. S. **Bem estar emocional em estudantes universitários: um estudo preliminar**. 1976. 188 f. Tese (Doutorado em Psicologia Médica) - Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1976. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br>>. Acesso em: 15 set. 2010.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**. Diretoria de Pesquisas. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 13 dez. 2011.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA – INEP. **Censo da educação superior**. Diretoria de Estatísticas e Avaliação da Educação Superior. Brasília, 2003. Disponível em: <<http://www.inep.gov.br>>. Acesso em: 15 out. 2010.

JESUS, A. N. Psicologia da saúde e bem-estar. **Mudanças: psicologia da saúde**, São Bernardo do Campo, v. 14, n. 2, p. 126-135, 2006. Disponível em: <<http://www.metodista.br>>. Acesso em: 27 set. 2010.

JOLY, M. C. R. A.; SANTOS, A. A. A.; SISTO, F. F. **Questões do cotidiano universitário**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

JORGE, M. S. B. Situações vivenciadas pelos alunos de enfermagem, durante o curso, no contexto universitário, apontadas como norteadoras de crises. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 30, n. 1, p. 138-148, 1996. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 10 ago. 2011.

KAHNEMAN, D.; DIENER, E.; SCHWARZ, N. **Well-being**: the foundations of hedonic psychology. New York: Russell Sage Foudation, 1999.

KAWAKANE, P. M. G.; MIYADAHIRA, A. M. K. Qualidade de vida em estudantes de graduação em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 39, n. 2, p. 164-172, 2005. Disponível em: <<http://bases.bireme.br>>. Acesso em: 27 set. 2010.

MARCONDES, W. B. A convergência de referências na promoção da saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 5-13, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 13 set. 2010.

MARINHO, M. O. M. N. **Comportamentos de saúde e bem-estar subjetivo na adolescência**: atividade física, tabaco, satisfação com a vida e felicidade. Estudo realizado em adolescentes do 3º ciclo e do ensino secundário de várias escolas de Portugal. 2007. 176 f. Dissertação (Mestrado em Ciência do Desporto) – Faculdade de Desporto, Universidade do Porto, Portugal, 2007.

MARTINS, A.; PACHECO, A.; JESUS, S. N. Estilos de vida de estudantes do ensino superior. **Mudanças: psicologia da saúde**, São Bernardo do Campo, v. 16, n. 2, p. 100-108, 2008. Disponível em: <<http://www.metodista.br>>. Acesso em: 27 set. 2010.

MINAYO, M. C. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p.7-18, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 22 set. 2010.

NEVES, M. C. C.; DALGALARRONDO, P. Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 56, n. 4, p. 237-244. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 set. 2010.

OLIVEIRA, J. A. C. **Qualidade de vida e desempenho acadêmico de graduandos**. 2006. 245 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br>>. Acesso em: 27 set. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Relatório Mundial da Saúde – Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <<http://who.int>>. Acesso em: 08 out. 2010.

_____. **Carta de constituição da Organização Mundial da Saúde**. 1946. Disponível em: <www.direitoshumanos.usp.br>. Acesso em: 17 set. 2010.

_____. **Carta de Ottawa para a promoção da saúde**. 1986. Disponível em: <www.who.int>. Acesso em: 18 set. 2010.

PASSARELI, P. M.; SILVA, J. A. Psicologia positiva e o estudo do bem-estar subjetivo. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 4, p. 513-517, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 16 set. 2010.

POLYDORO, S. A. J. **O trancamento da matrícula na trajetória acadêmica do universitário: condições de saída e de retorno à instituição**. 2000. 179 f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br>>. Acesso em: 15 set. 2010.

POWER, M. Qualidade de vida: visão geral do Projeto WHOQOL. In: FLECK, M. P. A. (Org). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008. cap. 4, p. 48-59.

RABELO, L. M. et al. Fatores de risco para doença aterosclerótica em estudantes de uma universidade privada em São Paulo – Brasil. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 72, n. 5, p. 569-574, 1999. <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 set. 2011.

RIBEIRO, J. L. P. **Introdução à psicologia da saúde**. Portugal: Quarteto, 2005.

RIBEIRO, J. L. P.; GALINHA, I. História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 6, n. 2, p. 203-214, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 19 set. 2010.

RODRIGUES, E. S. R. R.; CHEIK, N. C.; MAYER, A. F. Nível de atividade física e tabagismo em universitários. **Revista de Saúde Pública**, v. 42, n. 4, p. 672-678, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 20 set. 2011.

SANTOS, A. A. A. et al. Questionário de vivência acadêmica: estudo da consistência interna do instrumento no contexto brasileiro. In: JOLY, M. C. R. A.; SANTOS, A. A. A.; SISTO, F. F (Orgs.). **Questões do cotidiano universitário**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. cap. 8, p. 159-177.

SCHLEICH, A. L. R. **Integração na educação superior e satisfação acadêmica de estudantes ingressantes e concluintes**. 2006. 182 f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2006. Disponível em: <<http://www.bdae.org.br>>. Acesso em: 15 out. 2010.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 27 set. 2010.

SELIGMAN, M. E.; CSIKSZENTMIHALYI, M. Positive psychology: an introduction. **American Psychologist**, v. 55, n. 1, p. 5-14, 2000. Disponível em: <<http://www.ppc.sas.upenn.edu>>. Acesso em: 17 dez. 2010.

SICLAR, M. História do conceito de saúde. **Physis – Revista Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 15 out. 2010.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção da saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunicação, Saúde e Educação**, v. 7, n. 12, p. 91-112, 2003.

SILVA, A. O. et al. Tabaco e saúde no olhar de estudantes universitários. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 4, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>>. Acesso em: 31 out. 2011.

SILVA, C. B.; DYLEWSKI, V.; ROCHA, J. S.; MORAIS, J. F. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com trauma craniocéfálico. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 16, n. 4, p. 311-315, 2009. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br>>. Acesso em 31 out. 2011.

SIMON, R. **Psicologia clínica preventiva – novos fundamentos**. São Paulo: EPU, 1989.

SOUZA, C. B. Qualidade de vida e saúde. In: SIQUEIRA, M. M. M.; JESUS, S. N.; OLIVEIRA, V. B. (Orgs.). **Psicologia da saúde: teoria e pesquisa**. São Bernardo do Campo: UESP, 2007. cap. 7, p. 139-149.

TEIXEIRA, M. A. P.; CASTRO, G. D.; PICCOLO, L. R. Adaptação à universidade em estudantes universitários: um estudo correlacional. **Interação em Psicologia**, v. 11, n. 2, p. 211-220, 2007. Disponível em: <<http://bases.bireme.br>>. Acesso em: 14 out. 2010.

TEIXEIRA, R. C. **Qualidade de vida e eficácia adaptativa em estudantes universitários.** 2008. 82 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia, Universidade Metodista de São Paulo, São Bernardo do Campo, 2008.

WHOQOL-BREF: introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. **Programme on mental health.** Geneva, 1996. Disponível em: <<http://www.who.int>>. Acesso em: 02 abr. 2010.

ANEXO A - WHOQOL-BREF

Organização Mundial da Saúde (OMS) - Versão em português

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as **duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

| | nada | muito pouco | médio | muito | Completamente |
|--|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Você recebe dos outros o apoio de que necessita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu “muito” apoio como abaixo.

| | nada | muito pouco | médio | muito | Completamente |
|--|------|-------------|-------|-------|---------------|
| Você recebe dos outros o apoio de que necessita? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Você deve circular o número 1 se você não recebeu “nada” de apoio.

WHOQOL - ABREVIADO

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

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

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

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

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

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

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

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas?

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

| | | muito insatisfeito | insatisfeito | nem satisfeito nem insatisfeito | satisfeito | muito satisfeito |
|----|--|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 16 | Quão satisfeito(a) você está com o seu sono? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

| | | nunca | algumas vezes | frequentemente | muito frequentemente | sempre |
|----|---|-------|---------------|----------------|----------------------|--------|
| 26 | Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ANEXO B - Escala de Bem-Estar Subjetivo - EBES

Subescala 1

Gostaria de saber como você tem se sentido ultimamente. Esta escala consiste de algumas palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Não há respostas certas ou erradas. O importante é que você seja o mais sincero possível. Leia cada item e depois escreva o número que expressa sua resposta no espaço ao lado da palavra, de acordo com a seguinte escala.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--------------|----------|---------------|----------|--------------|
| Nem um pouco | Um pouco | Moderadamente | Bastante | Extremamente |

Ultimamente tenho me sentido.....

| | | | | | |
|--------------------|--|---------------------|--|---------------------|--|
| 1) aflito(a) | | 17) transtornado(a) | | 33) abatido(a) | |
| 2) alarmado(a) | | 18) animado(a) | | 34) amedrontado(a) | |
| 3) amável | | 19) determinado(a) | | 35) aborrecido(a) | |
| 4) ativo(a) | | 20) chateado(a) | | 36) agressivo(a) | |
| 5) angustiado(a) | | 21) decidido(a) | | 37) estimulado(a) | |
| 6) agradável | | 22) seguro(a) | | 38) incomodado(a) | |
| 7) alegre | | 23) assustado(a) | | 39) bem | |
| 8) apreensivo(a) | | 24) dinâmico(a) | | 40) nervoso(a) | |
| 9) preocupado(a) | | 25) engajado(a) | | 41) empolgado(a) | |
| 10) disposto(a) | | 26) produtivo(a) | | 42) vigoroso(a) | |
| 11) contente | | 27) impaciente | | 43) inspirado(a) | |
| 12) irritado(a) | | 28) receoso(a) | | 44) tenso(a) | |
| 13) deprimido(a) | | 29) entusiasmado(a) | | 45) triste | |
| 14) interessado(a) | | 30) desanimado(a) | | 46) agitado(a) | |
| 15) entediado(a) | | 31) ansioso(a) | | 47) envergonhado(a) | |
| 16) atento(a) | | 32) indeciso(a) | | | |

Subescala 2

Agora você encontrará algumas frases que podem identificar opiniões que você tem sobre a sua própria vida. Por favor, para cada afirmação, marque com um X o número que expressa o mais fielmente possível sua opinião sobre sua vida atual. Não existe resposta certa ou errada, o que importa é a sua sinceridade.

| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---------------------|----------|---------|----------|---------------------|
| Discordo Plenamente | Discordo | Não sei | Concordo | Concordo Plenamente |

| | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 48. Estou satisfeito(a) com minha vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49. Tenho aproveitado as oportunidades da vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50. Avalio minha vida de forma positiva | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 51. Sob quase todos os aspectos minha vida está longe do meu ideal de vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 52. Mudaria meu passado se eu pudesse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 53. Tenho conseguido tudo o que esperava da vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 54. A minha vida está de acordo com o que desejo para mim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 55. Gosto da minha vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 56. Minha vida está ruim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 57. Estou insatisfeito(a) com minha vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 58. Minha vida poderia estar melhor | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 59. Tenho mais momentos de tristeza do que de alegria na minha vida | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 60. Minha vida é "sem graça" | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 61. Minhas condições de vida são muito boas | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 62. Considero-me uma pessoa feliz | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

ANEXO C - Questionário de Caracterização Sociodemográfica

Instruções

Por favor, responda as questões abaixo marcando com um X na letra correspondente a resposta escolhida. Escolha apenas uma resposta para cada pergunta.

1. QUAL A SUA IDADE?

_____ anos

2. SEXO:

- a) Masculino
- b) Feminino

3. CURSO:

- a) Ciências Biológicas
- b) Ciências Ambientais
- c) Engenharia Química
- d) Farmácia e Bioquímica
- e) Licenciatura Plena em Ciências
- f) Química
- g) Química Industrial

4. QUAL SEU ESTADO CIVIL?

- a) Solteiro
- b) Casado
- c) Separado/Divorciado
- d) União Consensual
- e) Viúvo

5. COM QUEM VOCÊ MORA ATUALMENTE?

- a) Com seus pais (mãe e/ou pai e/ou irmãos)
- b) Pensão/República Estudantil
- c) Sozinho (a)
- d) Com parentes
- e) Com o cônjuge e/ou filho(s)
- f) Outra opção. Qual? _____

6. ANTES DE INGRESSAR NA UNIVERSIDADE, VOCÊ MORAVA COM QUEM?

- a) Com os pais (mãe e/ou pai e/ou irmãos)
- b) Sozinho (a)
- c) Com parentes
- d) Com o cônjuge e/ou filho(s)
- e) Outra opção. Qual? _____

7. QUAL SUA SITUAÇÃO DE TRABALHO?

- a) Trabalho
- b) Realizo estágio
- c) Não trabalho/ não realizo estágio

8. VOCÊ POSSUI ALGUMA DOENÇA?

- a) Não
 - b) Sim. Qual? _____
-

9. VOCÊ É FUMANTE?

- a) Não
- b) Sim

10. CONSOME BEBIDA ALCÓOLICA APROXIMADAMENTE COM QUAL FREQUÊNCIA?

- a) Nunca
- b) Raramente
- c) Uma vez por mês
- d) Aos finais de semana
- e) Diariamente

11. COM QUAL FREQUENCIA VOCÊ PRATICA ATIVIDADE FÍSICA?

- a) Nunca
- b) Raramente
- c) Às vezes
- d) Frequentemente
- e) Sempre

12. SUA VIDA ESCOLAR (ANTES DE INGRESSAR NESTA UNIVERSIDADE) JÁ FOI PREJUDICADA POR QUESTÕES EMOCIONAIS?

- a) Não
- b) Sim

13. VOCÊ JÁ TEVE ALGUMA DIFICULDADE SIGNIFICATIVA OU CRISE EMOCIONAL QUE INTERFERIU NO SEU DESEMPENHO ACADÊMICO NESTA UNIVERSIDADE?

- a) Não
- b) Sim

14. O QUANTO VOCÊ SE CONSIDERA CAPAZ DE SE ADAPTAR A NOVAS SITUAÇÕES?

- a) Nada
- b) Muito pouco
- c) Mais ou menos
- d) Bastante
- e) Extremamente

ANEXO D - Autorização da Universidade**Universidade Federal de São Paulo
Campus Diadema**

Diadema, 05 de novembro de 2010

Autorização

Eu, Virginia Berlanda Campos Junqueira autorizo Érika Correia Silva, Mestranda em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo a aplicar o instrumento de coleta de dados, que faz parte do seu Projeto de Pesquisa intitulado: "Qualidade de Vida e Bem-Estar Subjetivo em Estudantes Universitário", aos discentes da Universidade Federal de São Paulo – Campus Diadema, com sede localizada na Rua Arthur Riedel, 275. Bairro Eldorado – Diadema/SP.

A coleta de dados será realizada nas salas de aula, em espaço cedido pelo professor, portanto, a instituição já possui a infra estrutura necessária e concorda com essa forma de aplicação.

Atenciosamente,

Prof.ª. Dra. Virginia Berlanda Campos Junqueira

Diretora Acadêmica

Prof.ª Dra. Virginia Berlanda Campos Junqueira
Diretora Acadêmica
UNIFESP - Campus Diadema

ANEXO E - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa



Universidade
Metodista
de São Paulo

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP-UMESP

Data: 25/11/2010 - Prot. Nº384945- 10

CAEE: 0109.0.214.000-10

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP-UMESP

Título do Projeto de Pesquisa: Qualidade de vida e bem-estar subjetivo de estudantes universitários.

Pesquisador Responsável: Érika Correia Silva.

Curso/Faculdade: Psicologia / Faculdade da Saúde

O Comitê de Ética em Pesquisa reunido em **25/11/2010** deliberou como segue sobre o protocolo em questão:

O presente projeto de pesquisa tem como objetivo “avaliar a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo de estudantes universitários para identificar fragilidades e potencialidades que possam subsidiar intervenções na área de promoção e prevenção da saúde mental. Para isto, serão utilizados os seguintes instrumentos: WHOQOL- BREF (Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida) e a Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES)”, em aproximadamente 200 estudantes universitários dos diversos cursos de graduação da Universidade Federal de São Paulo – Campus Diadema. Após leitura, análise do projeto e exame criterioso de todos os itens que compõem os documentos do Protocolo de Pesquisa, incluindo os itens presentes no Roteiro de Checagem para o parecerista e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE foi constatado que nada consta no processo que fira os princípios e normas da ética em pesquisa

O CEP-UMESP considera o projeto de pesquisa **APROVADO**, lembrando que a condição de aprovação da pesquisa propriamente dita exige o que segue:

- Que sejam encaminhados ao CEP-UMESP relatórios anuais sobre o andamento da pesquisa (parciais e finais)
- Que sejam notificados ao CEP-UMESP eventos adversos que tenham ocorrido no curso da pesquisa e que sejam significativos do ponto de vista ético e metodológico;
- Que sejam notificadas eventuais emendas e modificações no protocolo de pesquisa

São Bernardo do Campo, 25 de novembro de 2010.

Prof. Dra. Fernanda Angelieri
Coordenadora do CEP-UMESP

ANEXO F - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____

consinto de minha livre e espontânea vontade em participar da pesquisa **“Qualidade de Vida e Bem-Estar Subjetivo de Estudantes Universitários”** a ser elaborado por Érika Correia Silva do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Saúde da Universidade Metodista de São Paulo, sob a orientação da Prof^a Dra. Maria Geralda Viana Heleno.

A pesquisa tem como objetivo avaliar a qualidade de vida e o bem-estar subjetivo de estudantes universitários e pretende obter dados relevantes que possam embasar possíveis atuações e estratégias para a prevenção e promoção da saúde e melhora da qualidade de vida e bem-estar subjetivo de estudantes universitários.

O procedimento adotado será a aplicação de um questionário contendo questões para caracterização sociodemográfica dos estudantes, para avaliar a qualidade de vida e para avaliar o bem-estar subjetivo.

Tenho a consciência de que minha participação na pesquisa não acarretará nenhum desconforto ou riscos para a saúde. Mas, em caso de desconforto, mesmo que mínimo, poderei desistir de participar e tenho total liberdade para me recusar a participar da pesquisa, bastando não responder ao questionário ou retirar este consentimento em qualquer momento, sem penalização alguma.

Estou ciente de que poderei a qualquer momento tirar dúvidas, para isto à pesquisadora coloca-se à disposição para maiores esclarecimentos. Entendo que caso posteriormente tiver alguma dúvida, posso entrar em contato com a pesquisadora através do telefone (11) 4366-5351. Fica estabelecido, também, que não haverá qualquer pagamento pela participação nesta pesquisa.

Declaro ter recebido e entendido as informações sobre os procedimentos da pesquisa e a garantia da pesquisadora de que qualquer dúvida será imediatamente esclarecida. Concordo que os dados sejam publicados para fins acadêmicos ou científicos, desde que seja mantido o sigilo da minha participação.

Afirmo que recebi cópia desse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Eu, Érika Correia Silva, pesquisadora responsável pela pesquisa, me comprometo a zelar pelo cumprimento de todos os esclarecimentos prestados nesse documento.

_____, _____ de _____ de 2011

Local

Data

Assinatura do participante da pesquisa ou responsável

Documento de Identificação (RG): _____