**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE ODONTOLOGIA DE BAURU**

NÚRIA PRISCILA VALENTINI BORRO

**Habilidades sociais e saúde mental: caracterização de
universitários da FOB-USP**

**BAURU
2016**

NÚRIA PRISCILA VALENTINI BORRO

**Habilidades sociais e saúde mental: caracterização de
universitários da FOB-USP**

Dissertação apresentada a Faculdade de
Odontologia de Bauru da Universidade de São
Paulo para obtenção do título de Mestre em
Ciências no Programa de Fonoaudiologia

Orientadora: Profa. Dra. Dagma Venturini Marques
Abramides

Versão Corrigida

**BAURU
2016**

B647h Borro, Núria Priscila Valentini
Habilidades sociais e saúde mental:
caracterização de universitários da FOB-USP /
Núria Priscila Valentini Borro. – Bauru, 2016.
90 p. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de
Odontologia de Bauru. Universidade de São Paulo.

Orientadora: Profa. Dra. Dagma Venturini
Marques Abramides

Nota: a versão original desta dissertação/tese encontra-se disponível
no Serviço de Biblioteca da Faculdade de Odontologia de Bauru – FOB/USP.

Autorizo, exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, a
reprodução total ou parcial desta dissertação, por processos
fotocopiadores e outros meios eletrônicos.

Núria Priscila Valentini Borro

Data:

Comitê de Ética da FOB-USP
CAAE: 42933614.4.0000.5417
Data: 20/05/2015

DEDICATÓRIA

A **Deus**, pela força de seguir em frente, sabedoria nas escolhas dos melhores caminhos, coragem para acreditar, força para não desistir e proteção para me amparar.

“A Deus, que nos criou e que foi muito criativo nesta tarefa. Seu fôlego de vida em mim me foi sustento e me deu coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades.”

Autor Desconhecido

Aos meus amados pais, **Miguel Borro** e **Vera Borro**, os alicerces eternos da minha vida e que sempre estiveram ao meu lado nos momentos bons e nos mais difíceis, sendo sempre minha maior motivação para seguir em frente.

“Cuida de mim...
Me olha como se eu fosse uma criança,
Me empresta seu ombro, me embala em seu colo.
Trata minhas feridas, beija a minha dor
Enxuga minhas lágrimas e me diz que não estou só.
Pega minhas mãos entre as suas,
Aquece-me com seu calor [...]”

Art By Angel /Vera Borro

Ao meu amor, **Marcos Gimenes**, com quem amo compartilhar minha vida, pois dá sentido e alegria a cada um dos meus dias, me inspirando a querer ser alguém melhor. Aquilo que se faz por amor está sempre além do bem e do mal.

“Deus mudou o teu caminho até juntares com
o meu e guardou a tua vida separando-a para mim.
Para onde fores, irei; onde tu repousares, repousarei.
Teu Deus será o meu Deus. Teu caminho o meu será.”

Rute 1:16-17

AGRADECIMENTOS

Ao meu irmão **Alex Borro** e toda minha família que, com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

A minha querida orientadora **Profa. Dra. Dagma Venturini Marques Abramides**, companheira de caminhada ao longo do Mestrado. Posso dizer que a minha formação, inclusive pessoal, não teria sido a mesma sem a sua pessoa.

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já tem a forma do nosso corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.”

Fernando Pessoa

Aos **professores, funcionários** do departamento de Fonoaudiologia (em especial a **Claudinha** e **Karina** que sempre me estenderam a mão) e **universitários**, que participaram desta pesquisa. Aprendi muito com vocês!

À **CAPES**, pelo auxílio financeiro, permitindo dedicação exclusiva a este projeto. Obrigada!

RESUMO

A entrada, permanência e a conclusão de um curso de graduação requerem muitos esforços para conciliar demandas sociais, acadêmicas e pessoais. Em especial, a área da saúde, pois exige do universitário habilidades voltadas para a humanização das relações do cuidado. A adaptação ou não às novas exigências e situações podem se constituir como fatores de adoecimento para o estudante universitário, oferecendo riscos a sua saúde mental, como por exemplo, o desenvolvimento de depressão, ansiedade e fobia social.

Objetivos: caracterizar e comparar dados sociodemográficos e psicossociais de estudantes universitários da área de saúde no que tange a seu repertório de habilidades sociais e saúde mental. **Método:** participaram da pesquisa 186 estudantes dos cursos de Fonoaudiologia e Odontologia da Faculdade de Odontologia de Bauru. Os instrumentos aplicados foram: Questionário sociodemográfico e psicossocial, Inventário de Habilidades Sociais (IHS), Questionário de Avaliação de Habilidades Sociais, Comportamentos e Contextos para Universitários (QHC-U), Inventário de Depressão de Beck (BDI), Inventário de Ansiedade de Beck (BAI), Versão reduzida do Inventário de Fobia Social – Mini Spin.

Resultados: na comparação entre os resultados dos indicadores de saúde mental e os indicadores de habilidades sociais, verificou-se que o grupo não clínico (saudável) possui melhor repertório de habilidades sociais, demarcado pelas seguintes habilidades: enfrentamento em situações de risco; auto-afirmação na expressão de sentimentos positivos; auto-exposição a desconhecidos e situações novas; autocontrole da agressividade; comunicação e expressão de opiniões; falar em público. Já o grupo clínico apresentou médias maiores na categoria “dificuldades” (consequências negativas e sentimentos negativos a emissão de seus comportamentos). Esta pesquisa corrobora com estudos desenvolvidos na área na medida em que apresenta associação e comparação significativa entre presença de um repertório de habilidades sociais bem desenvolvidas como recurso frente às situações de adoecimento mental. **Conclusão:** este estudo contribui com informações importantes sobre habilidades sociais e indicadores de saúde mental de universitários dos cursos de Fonoaudiologia e Odontologia, evidenciando a importância, para a Universidade, de atentar mais para a saúde mental de seus universitários, implementando medidas e programas que visem o mapeamento, desenvolvimento e perpetuação de habilidades sociais.

Palavras-chave: Estudantes universitários. Habilidades sociais. Saúde mental.

ABSTRACT

Social Skills and Mental Health: characterization of college students from FOB-USP

The entry, stay and completion of a university degree require many efforts in order to juggle social, academic and personal demands. In particular, the health area demands the student to develop skills related to the humanization of the care relations. The adaptation or not to these experiences and situations can become illness factors for the undergraduate student, posing risks to their mental health, for instance, the development of depression, anxiety and social phobia. **Objectives:** Characterize and compare sociodemographic and psychosocial data of the health area's university students regarding their repertoire of social skills and mental health. **Method:** the participants were 186 students attending the undergraduate courses of Dentistry and Speech Therapy at the Bauru School of Dentistry. The instruments used were a Sociodemographic and Psychosocial Questionnaire, the Social Skills Inventory (IHS), the Social Skills, Behaviors and Context Assessment Questionnaire for University Students (QHCU), the Beck Depression Inventory (BDI), the Beck Anxiety Inventory (BAI) and the Mini-Social Phobia Inventory (Mini-Spin). **Results:** In the comparison between the indicators of social skills and mental health, it was possible to verify the nonclinical group has a better repertoire of social skills: coping with risk situations; expression of positive feelings; self-exposure to strangers and new situations; self control and aggression; communication and expressing opinions; speak in public. The clinical group presented higher averages in the "difficulties" (negative consequences and negative feelings towards their behavior). This research corroborates with studies developed in this area, presenting association and meaningful comparison between repertoire of well-developed social skills as a resource against mental illness situations. **Conclusion:** this study provides crucial data about social skills and mental health indicators in "speech therapy" and "dentistry courses", highlighting the importance for University to attend for the mental health of their students by implementing measures and programs to map, develop and perpetuate the aforementioned social skills.

Keywords: Undergraduate students. Social skills. Mental health.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
2	REVISÃO DE LITERATURA	16
2.1	CONTEXTO UNIVERSITÁRIO ACADÊMICO NAS ÁREAS DE SAÚDE, EM ESPECIAL A FONOAUDIOLOGIA E ODONTOLOGIA	18
2.2	A SAÚDE MENTAL DE UNIVERSITÁRIOS	20
2.3	HABILIDADES SOCIAIS DE UNIVERSITÁRIOS	25
3	PROPOSIÇÃO	33
3.1	OBJETIVO GERAL.....	35
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
4	CASUÍSTICA E MÉTODOS	37
4.1	PARTICIPANTES.....	39
4.2	PROCEDIMENTOS DE RECRUTAMENTO E APLICAÇÃO.....	37
4.3	INSTRUMENTOS APLICADOS	40
4.3.1	Questionário sociodemográfico e psicossocial	40
4.3.2	Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette)	41
4.3.3	Questionário de Avaliação de Habilidades Sociais, Comportamentos e Contextos para Universitários (QHC- Universitários)	41
4.3.4	Inventário de Depressão de Beck (BDI).....	42
4.3.5	Inventário de Ansiedade de Beck (BAI).....	42
4.3.6	Versão reduzida do Inventário de Fobia Social (Mini-Spin).....	43
4.4	TRATAMENTO DE DADOS E ANÁLISES ESTATÍSTICAS	43
4.1.2	Análises estatísticas	45
5	RESULTADOS	47
5.1	CARACTERIZAÇÃO DE PERFIL DO ESTUDANTE UNIVERSITÁRIO CONFORME DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E PSICOSSOCIAIS.....	49
5.2	CONSTATAÇÃO DE INDICADORES PSICOSSOCIAIS E DE SAÚDE MENTAL DOS PARTICIPANTES	53
5.3	COMPARAÇÃO ENTRE OS INDICADORES DE SAÚDE MENTAL E HABILIDADES SOCIAIS	60

6	DISCUSSÃO	66
6.1	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DE CARACTERIZAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA ESTUDADA.....	68
6.2	SOBRE OS INDICADORES PSICOSSOCIAIS E DE SAÚDE MENTAL DOS PARTICIPANTES.....	72
6.3	COMPARAÇÃO ENTRE OS INDICADORES DE SAÚDE MENTAL E HABILIDADES SOCIAIS	77
7	CONCLUSÃO	85
	REFERÊNCIAS.....	90
	ANEXOS	101

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

A entrada, a permanência e a conclusão de uma formação universitária requerem muitos esforços para conciliar demandas acadêmicas com outras da vida adulta, podendo ser esta experiência considerada oportuna ao crescimento, mas também de riscos à saúde mental, tendo em vista os índices relativamente altos de ansiedade, depressão, abuso de álcool e outras drogas em universitários (SOARES; DEL PRETTE, 2013). Assim sendo, a maneira como os indivíduos lidam com as experiências vividas e as condições estressoras nessa fase, podem trazer risco para a saúde mental aos estudantes universitários e ao seu desempenho acadêmico (CIARROCHI; DEANE; ANDERSON, 2002; BACKER, 2003).

A saúde mental caracteriza-se como um estado no qual o indivíduo apresenta atitudes positivas em relação a si próprio, capacidades de integração e autorrealização, autonomia, autodeterminação, percepção apurada da realidade, domínio ambiental e competência social (MINAS GERAIS, 2007). Alterações deste estado mental podem se manifestar em transtornos de ansiedade, depressão ou fobia social entre outros. A presença destes transtornos na população universitária de diversas áreas do conhecimento vem sendo estabelecida por meio de pesquisas em âmbito nacional (OSSE; COSTA, 2011; BAPTISTA et al., 2012) e internacional (OSADA et al., 2010; BITSIKA; SHARPLEY, 2012; WRISTEN, 2013).

A instituição acadêmica tem como produto a formação de cidadãos, o que implica na articulação de objetivos acadêmicos e sociais para o estabelecimento de práticas interacionais que promovam mudanças culturais gradativas no contexto educacional (CORRÊA, 2008). O contexto acadêmico deve oferecer, portanto, os recursos que podem prevenir ou proteger as dificuldades relativas à saúde mental dos universitários (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO, 2015).

Nesta direção, estudos (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2005; GRESHAM, 2009) apontam que as habilidades sociais (HS) podem ser tomadas como fator de proteção, pois tem sido relacionadas à melhor qualidade de vida, a relações interpessoais mais gratificantes, a maior realização pessoal e a sucesso profissional. As HS podem ser definidas como um conjunto de comportamentos que estão presentes no repertório do indivíduo e que facilitam seu relacionamento interpessoal

e que possuem alta probabilidade de produzir consequências reforçadoras para o indivíduo (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2010).

No contexto acadêmico, as HS estão relacionadas não apenas ao desempenho profissional e ao engajamento do indivíduo na instituição, mas também ao bem-estar físico e psicológico dos universitários, podendo garantir a estes um processo de socialização saudável e satisfatório (BOLSONI-SILVA et al., 2010). Assim, a formação de ensino superior deveria incluir o desenvolvimento interpessoal como parte dos objetivos acadêmicos, principalmente aquelas áreas do conhecimento cuja atuação depende, criticamente da qualidade das relações profissional-cliente (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001a).

Dentre estas áreas encontram-se a Fonoaudiologia e a Odontologia, com as quais este estudo foi realizado. De fato, a prática clínica do fonoaudiólogo e do cirurgião dentista exige HS e competência social, com destaque para a comunicação profissional-paciente que impactam no processo de (re)habilitação. Poucos estudos nacionais, como o de Teles et al. (2015), caracterizaram o repertório de habilidades sociais em universitários de Fonoaudiologia e nenhum foi encontrado na área de Odontologia. Em relação a estudos brasileiros sobre indicadores de saúde mental, alguns estudos foram encontrados sobre a prevalência de ansiedade, fobia social e/ou depressão entre os estudantes de Odontologia e Fonoaudiologia (MARQUES; TAVANO, 2004; BERNARDO, 2010; BAPTISTA et al., 2012).

Cabe destacar ainda, a relevância da interface entre as áreas das humanidades e da saúde, no contexto educativo, para que a formação destes profissionais inclua, além dos saberes técnicos, as vertentes cultural, humanística e política. Esta demanda é notável na atual Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (HumanizaSUS) que tem como uma de suas propostas abordagem do usuário para além da doença e suas queixas, mudando de objeto (da doença para o sujeito), bem como a construção de vínculo terapêutico para aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde (BRASIL, 2010).

Considerando a importância do repertório de HS e dos indicadores de saúde mental do estudante universitário para a sua formação profissional. Considerando a lacuna na literatura de estudos nesta direção e a relevância da obtenção destes dados para implementar medidas para prevenir ou proteger as dificuldades relativas

à saúde mental dos universitários, este estudo se justifica na medida em que se propõe a caracterizar, analisar e comparar: dados sociodemográficos, psicossociais, aspectos de saúde mental e habilidades sociais de estudantes universitários dos cursos de Fonoaudiologia e Odontologia da Faculdade de Odontologia de Bauru, da Universidade de São Paulo.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 CONTEXTO UNIVERSITÁRIO ACADÊMICO NAS ÁREAS DE SAÚDE, EM ESPECIAL A FONOAUDIOLOGIA E ODONTOLOGIA

Estudantes universitários são considerados um grupo especial de investimento social do país, particularmente em razão de funções de liderança que deverão exercer na sociedade em futuro próximo (ANDRADE et al., 1997). A educação do século XXI deve não só preparar estes estudantes para o mercado de trabalho, como também deve contemplar as aptidões sociais relativas às competências interpessoais, que incluíam a cooperação e trabalho em equipe, a criatividade, a procura da qualidade e da excelência individual, capacidade crítica e consciência dos seus direitos (SANTOS, 2000; WERTHEIN, 2000).

Estudos com a população de estudantes universitários ocorrem desde as décadas de 1970 e 80 especialmente nos Estados Unidos e, posteriormente, também em outros países incluindo-se o Brasil. Tais estudos adquirem particular importância quando se considera que a formação de ensino superior deveria incluir o desenvolvimento interpessoal como parte dos objetivos acadêmicos, principalmente aquelas áreas cuja atuação depende, criticamente da qualidade das relações profissional-cliente (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001a).

Dentre as áreas do conhecimento, as Ciências da Saúde têm se deparado com a proposta da humanização (BARCHIFONTAINE, 2004) que desloca a perspectiva do atendimento da doença para o atendimento de cidadãos, e do foco tecnológico para o das relações humanas. Scorzoni, Bueno e Coscrato (2013) apontam que o ensino superior em saúde tem sido palco de muitas discussões acerca das demandas por novas formas de trabalhar o conhecimento dentro de uma perspectiva crítica e reflexiva, centrada na integralidade.

De acordo com as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN), o fonoaudiólogo deve estar preparado para desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde; trabalhar de forma integrada e contínua com as demais instâncias do sistema de saúde; tomar decisões, possuindo competências e habilidades para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas,

baseadas em evidências científicas; estar preparado para comunicar-se adequadamente com outros profissionais de saúde e com o público em geral, bem como para o trabalho em equipe multiprofissional e para administrar e gerenciar recursos humanos, físicos e financeiros, além de estar comprometido com a sua própria educação e com a formação das futuras gerações de profissionais (BRASIL, 2002b). Ainda, as DCN orientam que, além de qualificar o profissional para compreender, analisar e atuar de acordo com os sistemas teóricos e conceituais envolvidos no campo fonoaudiológico prepare o fonoaudiólogo para compreender os processos envolvidos na constituição do ser humano, nas relações sociais, no psiquismo, na linguagem, na aprendizagem, bem como o estudo destes processos como condição para a compreensão da gênese e da evolução das alterações fonoaudiológicas.

Já com relação ao curso de formação em Cirurgião Dentista (CD), a DCN Resolução n. 3, artigo 4º (BRASIL, 2002a), define os conhecimentos requeridos para a formação do cirurgião dentista com o exercício das seguintes competências e habilidades: (I) Atenção à saúde: dentro de seu âmbito profissional, aptos a desenvolver ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde, tanto em nível individual quanto coletivo; (II) Tomada de decisões: o cirurgião dentista deve possuir competência e habilidade para avaliar, sistematizar e decidir as condutas mais adequadas, baseadas em evidências científicas; (III) Comunicação: manter a confidencialidade das informações a ele conferidas, em relação a outros profissionais de saúde e o público geral (IV) Liderança: apto a assumir posições de liderança tendo em vista o bem estar da comunidade. Envolve compromisso, responsabilidade, empatia, tomada de decisões, comunicação e gerenciamento de forma efetiva e eficaz; (V) Administração e gerenciamento: o profissional deve ser apto a ser gestor, empreendedor, empregador ou líder de equipe de saúde. Estudos de Al-Samadani e Al-Dharrab (2013) e Fonseca (2013) e, sustentam que formação educacional do CD envolve dimensões cognitivas, afetivas, psicomotoras, sociais e habilidades manuais.

Mais recentemente, constatou-se os limites do mercado de trabalho baseado apenas na especialização e na incorporação tecnológica na área de Odontologia paralelamente às questões relativas a formação profissional na área englobando problemas entre os quais deficiências quanto a conteúdos relacionados à formação

cultural, humanística e política, o predomínio dos saberes técnicos com grande força do modelo biomédico de ensino e dificuldades por parte dos acadêmicos em demonstrar sensibilidade social (GUIMARÃES; MELLO; PIRES, 2015).

De fato, a prática clínica do Fonoaudiólogo e Cirurgião-Dentista (CD) exige competências e habilidades sociais que impactam na reabilitação dos pacientes, assim como no envolvimento da família durante o tratamento. São áreas cujo prática profissional se dá por meio de relações interpessoais, sendo pertinente a reflexão no sentido de que a formação acadêmica do Fonoaudiólogo e do CD alie o desenvolvimento das habilidades técnico-científicas ao repertório de habilidades sociais e de bons níveis de saúde mental.

Cabe, portanto, a universidade adotar medidas que garantam ao jovem a passagem mais amena para a vida adulta, fazendo com que ele consiga superar com maior apoio social os obstáculos referentes à adaptação no contexto universitário.

2.2 A SAÚDE MENTAL DE UNIVERSITÁRIOS

Segundo Figueiredo (1995), o estudante ao ingressar na universidade, passa por situações de crises acidentais uma vez que sai do seu ambiente familiar e se depara com um mundo desconhecido podendo viver vários conflitos. Isto gera um desequilíbrio emocional, decorrente da insegurança surgida nessas novas relações. A não superação desta crise, decorrente da não adaptação as novas vivências ou ao novo ambiente, poderá se constituir em fator estressor para o aluno, gerando problemas orgânicos, dificuldades de relacionamento, baixa produtividade escolar, angústias, estados de depressão, apatia e, em situações mais acentuadas, ocorrer perda do interesse pela vida.

Domínguez, Hederich e Sañudo (2010) organizaram três categorias de estressores acadêmicos a partir de uma revisão da literatura da área: as variáveis pessoais, as variáveis do contexto acadêmico e do contexto ambiental ou social. Dentre as variáveis pessoais, os autores destacaram o sexo (maior frequência de mulheres com a síndrome de burnout, caracterizada como uma reação à tensão emocional crônica ocasionada pelo trabalho excessivo devido ao contato com

peessoas), dificuldade de organização de tempo, ansiedade antes das provas, baixa autoeficácia, características de personalidade, baixo índice de habilidades sociais e cognitivas dentre outras. As variáveis de contexto acadêmico englobaram as condições de problemas de relacionamento e comunicação com o professor, falta de feedback adequado, má distribuição de carga horária, gestão administrativa falha, sobrecarga de matérias e altas exigências e problemas estruturais (qualidade das salas). Em relação ao contexto ambiental e social, os autores apontaram a falta de feedback dos colegas, não participar de atividades culturais e recreativas, competitividade de companheiros, pouco apoio social da família e falta de recursos econômicos e ausência de ofertas de trabalho.

Se, por um lado estes fatores estressores podem conduzir à síndrome de burnout acadêmico, segundo Cerchiari (2004), a epidemiologia revela que os transtornos mentais têm maior chance de surgir na idade adulta, principalmente, no período universitário. De fato, vários estudos investigaram a prevalência de transtornos mentais nesta população: depressão em estudantes de medicina dos EUA (FANG; HOFMANN, 2010) e do Brasil (COSTA et al., 2012), ansiedade social em universitários brasileiros de diferentes cursos (BAPTISTA et al., 2012).

Estudo de Neves e Dalgalarrodo (2007) verificou a prevalência de transtornos mentais autorreferidos entre estudantes de graduação, identificando os fatores demográficos e psicossociais associados. Foi realizado um estudo de corte transversal entre 2005 e 2006, com aplicação de um questionário anônimo de autopreenchimento (Mini International Neuropsychiatric Interview - MINI), dentro de sala de aula, utilizando-se uma amostra proporcional por áreas dos cursos. Foi analisado um total de 1.290 estudantes de ambos os sexos, regularmente matriculados (períodos diurno e noturno) nos cursos das áreas de humanas, artes, da saúde (que incluiu a Fonoaudiologia, mas não a Odontologia), ciências básicas, exatas e tecnológicas, nos campus de Campinas/SP e de Limeira/SP da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Por meio do modelo de regressão logística univariada, obteve-se um padrão de transtorno mental autorreferido heterogêneo entre as áreas, em que estudantes de humanas e artes tiveram maior prevalência de transtorno mental do que estudantes de saúde (e de ciências básicas, exatas e tecnológicas).

Bolsoni-Silva (2011), estudou a correlação entre repertório de habilidades sociais e os indicadores de saúde mental de estudantes universitários das áreas de Exatas, Humanas, e Biológicas (Biologia e Educação Física), realizado com 1.392 estudantes. Os resultados, em que constatou-se uma forte relação entre déficit de repertório de habilidades sociais e a presença de fobia social, depressão e transtornos psiquiátricos em geral.

Baptista et al. (2012) avaliaram estudantes de duas universidades brasileiras (uma pública e outra privada) e para examinar o impacto acadêmico da fobia social. Na etapa de rastreio para triagem foram utilizados o Inventário de Fobia Social (SPIN) e o Mini-Spin, em 2.319 alunos selecionados aleatoriamente dos cursos de medicina, terapia ocupacional, fonoaudiologia, fisioterapia, educação física, nutrição, psicologia, informática biomédica, química, física medica, matemática aplicada, direito, farmácia, jornalismo, enfermagem, veterinária, ciências da informação e documentação, *business*, *advertising*. Para a segunda fase (confirmação diagnóstica), quatro psiquiatras e um psicólogo clínico administrar o SCID-IV para indivíduos com pontuações Mini-Spin de 6 ou superior. Os resultados indicaram a que prevalência de fobia social entre os estudantes universitários foi de 11,6%. As mulheres com fobia social tiveram notas significativamente mais baixas do que aqueles sem o transtorno. Medo de falar em público foi o comum. Apenas dois dos 237 alunos com fobia social (0,8%) já tinham recebido um diagnóstico de fobia social e estavam sob tratamento. Os autores não apontam a prevalência de fobia social separadamente, por cursos.

Os Cirurgiões Dentistas parecem ser propensos ao desenvolvimento do burnout, distúrbios de ansiedade e depressão clínica em função da grande variedade de fontes stressoras encontradas no processo de seu desenvolvimento profissional, sendo possível que este processo se inicie desde a fase universitária (RADA; JOHNSON-LEONG, 2004).

Dentre os fatores demográficos associados ao burnout em estudantes de Odontologia, o fator “sexo” apresentou resultados conflitantes em relação aos anos clínicos: mulheres apresentaram-se mais emocionalmente exaustas do que os homens. No entanto, a inexistência de diferenças por sexos também têm sido relatada (GORTER et al., 2008).

A depressão pode ser uma consequência da experiência de esgotamento prolongado (HUMPHRIS, 1998). Pouca atenção tem sido dada à depressão entre estudantes da área de Odontologia. Os resultados dos estudos realizados em anos clínicos variaram entre 2,8 e 15%, e entre 7,4 e 14% em anos pré-clínicos (NEWBURY-BIRCH; LOWRY; KAMALI, 2002; TAKAYAMA et al., 2011; PRINZ et al. 2012). Os autores acima referidos informam que mais mulheres do que homens, apresentaram resultados positivos para a depressão nos anos clínicos e pré-clínicos, exceto estudo de Takayama (RÍOS-SANTOS et al., 2010), no qual não foram identificadas diferenças de sexo entre estudantes nos anos pré-clínicos.

A prevalência de ideação suicida entre os estudantes de medicina dos Estados Unidos da América, bem como a relação entre ideação suicida, burnout e sintomas de depressão também foi alvo de estudos. Nele 49,6 e 11,2% dos participantes relataram ter desenvolvido o burnout além de ideação suicida. Ainda, foram encontradas associações significativas entre as ideações suicidas, burnout e sintomas depressivos (DYRBYE et al., 2008).

Para investigar a prevalência, influência do sexo, e as relações entre a síndrome de burnout, depressão e ideação suicida Galán et al. (2014) realizaram um estudo transversal em 212 estudantes do segundo, quarto e quinto anos da Faculdade de Odontologia de Sevilha utilizando: Inventário Maslach-Burnout, "Patient Health Questionnaire-2"; "Perguntas sobre ideação suicida e tentativa de suicídio". A taxa de resposta entre os estudantes de odontologia foi de 80%. Não foram encontradas diferenças entre sexos. Associações significativas foram observadas, dentre elas, entre depressão e ideação suicida ($p < 0,001$). Em sua conclusão, o estudo chamou a atenção dos autores pela elevada prevalência de burnout e depressão, e relataram pela primeira vez, a prevalência de ideação suicida entre estudantes de odontologia em anos pré-clínicos e clínicos.

Para Inocente et al. (2007), em busca de oferecer um tratamento de qualidade, alguns profissionais da área odontológica se deparam com: estresse, relações tensas com pacientes, família, pessoal administrativo, sensação de perda porque as coisas não acontecem de modo esperado, infelicidade generalizada e tendência ao vício de trabalhar muito. Deste modo, tanto a vida particular como deste profissional podem ser afetadas, assim como a sua saúde.

Bathla et al. (2015), com o objetivo de avaliar a ansiedade, depressão e ideação suicida em estudantes da área odontológica, concluíram que um crescente nível de ansiedade, depressão e ideação suicida ocorrem em função de diversos fatores de stress presentes no contexto destes estudantes sugerindo a necessidade de modificar o sistema de ensino na área.

Martins (1998) pesquisou os estudantes do quarto ano do curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal de São Paulo em relação à vivência de seus primeiros atendimentos e o processo de transição estudante-profissional. Foram entrevistados 29 estudantes que estavam terminando o curso. Destacaram-se aspectos psicológicos relacionados aos seguintes temas: a escolha pelo curso, o período de observação do terceiro ano do curso, os atendimentos do quarto ano, a estrutura de ensino, o ambiente de aprendizagem e a escolha de área de especialização. Os atendimentos considerados estressantes se referiram a alguns tipos de patologia (autismo, deficiência auditiva profunda em bebês, deficiência mental e outras) e, especialmente, a algumas situações complexas relacionadas ao atendimento (problema da família do paciente, condições de encaminhamento, dificuldades de diagnóstico e outros). O ambiente de aprendizagem se caracterizou por excesso de cobrança e escassez de incentivo; o suporte emocional foi considerado insuficiente; as relações entre colegas foram permeadas pela competição. O estudo revelou a necessidade de atenção aos aspectos emocionais ligados à assistência e ao processo de ensino, para a construção de um ambiente de aprendizagem psicologicamente acolhedor.

Queiroz et al. (2013) estudaram a percepção dos estagiários do curso de fonoaudiologia em leito hospitalar, no decorrer da disciplina de Estágio Supervisionado II em Fonoaudiologia do último semestre do Curso de Graduação em Fonoaudiologia da Universidade de Fortaleza, em 2010. De forma qualitativa estagiários-pesquisadores registraram suas impressões pessoais, por meio da construção de diários e notas de campo, no atendimento a pacientes neurogênicos à beira do leito. Os resultados foram categorizados em: ansiedade e frustração; insegurança e incapacidade; angústia, tristeza e medo; empoderamento profissional; empatia e lembranças e; sentimentos negativos. Os autores concluíram que as percepções referidas pelos estagiários estão diretamente relacionadas ao impacto emocional inicial. Ainda, a falta da vivência interfere na atuação, fazendo o estudante

buscar o apoio do docente. A experiência permite ao estagiário adquirir conhecimento técnico-prático, proporcionando uma reflexão crítica que o leva à autoconfiança.

Setenta estudantes universitários de Fonoaudiologia e Odontologia da Faculdade de Odontologia de Bauru (FOB-USP) participaram da pesquisa de Lawi (2015) que propôs investigar o perfil de hábitos de leitura e qualidade de vida, por meio de questionário elaborado para a pesquisa com 40 questões abordando aspectos pessoais, qualidade de vida e hábitos de leitura. A partir dos resultados entende-se que os principais estressores que interferiram na vida ou contexto acadêmico foram as dificuldades financeiras, falta de disciplina ou hábito de estudo, carga horária excessiva de trabalhos acadêmicos e dificuldades de aprendizagem. Dentre outros achados, ansiedade e depressão foram identificadas entre os estudantes. Cumpre informar que não foi aplicado nenhum teste de caráter diagnóstico.

Estudo de Marques e Tavano (2004) avaliou indicadores de ansiedade (traço e estado) em 37 estudantes universitários de Odontologia e Fonoaudiologia da FOB-USP, com idades entre 18 e 28 anos, de ambos os sexos, por ser esta uma fase de preocupação com o futuro profissional. Foi utilizado o Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE). Os resultados referentes aos escores da escala A-estado mostraram que a maioria dos estudantes (54%) apresentou baixo nível de ansiedade e em relação à escala A-traço, a maioria (54%) apresentou nível moderado. Concluíram então que mais trabalhos com estudantes universitários devem ser realizados, para que possam auxiliar em sua inserção do mercado de trabalho.

2.3 HABILIDADES SOCIAIS DE UNIVERSITÁRIOS

A literatura não traz um único consenso quanto à definição de “habilidades sociais”, porém conforme Caballo (1995) e Del Prette e Del Prette (1999) o termo é geralmente usado para designar um conjunto de capacidades comportamentais aprendidas que envolvem interações sociais. Del Prette e Del Prette (1996, 1999) também abordam o conceito de “desempenho social”, relacionando-o as dimensões pessoal, situacional e cultural. Para os autores, a dimensão pessoal pode ser analisada em suas classes molares e moleculares de comportamentos. Sendo as

molares, aquelas funcionalmente descritas, ou seja, que se distinguem em termos de seu efeito provável no comportamento do outro, destacando assim sua relevância no contexto de habilidades sociais. Esta primeira classe foi dividida pelos autores em dois grupos, de acordo com um de seus polos interativos (autor e interlocutor): o de emissão (originadas no próprio autor) e o de reação (originadas no interlocutor). Já as classes moleculares são agrupadas em componentes: não verbais (como contato visual, postura), paralinguísticos (características da fala, volume, entonação), verbais (características do conteúdo da fala, como incidência de perguntas, uso do eu e prolixidade), mistos (como afetividade e atenção) e características autonômicas e fisiológicas (por exemplo, resposta galvânica da pele e alterações fisiológicas). Os indivíduos socialmente competentes geralmente apresentam melhor expressão verbal e não verbal, como variações de postura, maior tempo de fala e maior frequência de perguntas (DEL PRETTE et al., 1998).

Para Caballo (1991) comportamento socialmente habilidoso ou mais adequado refere-se à expressão, pelo indivíduo, de atitudes, sentimentos, opiniões, desejos, respeitando a si próprio e aos outros, existindo, em geral, resolução dos problemas imediatos da situação e diminuição da probabilidade de problemas futuros. Em 1993, o mesmo autor aponta para o caráter multidimensional do constructo das habilidades sociais, defendendo a existência de um conjunto de dimensões que aparecem no estudo como componentes claros do constructo das habilidades sociais. Já o comportamento socialmente habilidoso implica nas habilidades: iniciação e manutenção de conversações; falar em grupo; expressar amor, afeto e agrado; defender os próprios direitos; solicitar favores; recusar pedidos; fazer e aceitar cumprimentos; expressar as próprias opiniões, mesmo os desacordos; expressar justificadamente quando se sentir molestado, enfadado, desagradado; saber desculpar-se ou admitir falta de conhecimento; pedir mudança no comportamento do outro e saber enfrentar as críticas recebidas (CABALLO, 1993). Já em 2007 discute a relevância do comportamento habilidoso na medida em que entende que os seres humanos passam a maior parte de seu tempo engajados em alguma forma de comunicação interpessoal e, ao serem socialmente habilidosos, são capazes de promover interações sociais satisfatórias (CABALLO, 2007).

Bolsoni-Silva (2002) alerta com relação à dimensão situacional do comportamento que as pessoas podem se comportar de forma socialmente

adequada em um contexto e não em outro, por exemplo, sendo socialmente habilidosas no trabalho, sem necessariamente generalizar estas habilidades para o contexto de educação dos filhos. Desta forma, para a autora, para uma avaliação da competência social, é preciso considerar cada ambiente social como passível de análise funcional. No que tange a dimensão pessoal do comportamento, devem ser incluídos processos encobertos como expectativas, crenças, cognições e comportamentos privados. Já no caso da dimensão situacional caracteriza-se pelas demandas imediatas, pelos diferentes interlocutores e o contexto cultural mais amplo. A dimensão cultural refere-se as semelhanças e diferenças entre culturas e entre momentos históricos e interferem no repertório social dos indivíduos. Assim, em suma, enquanto as habilidades sociais se referem a existência de diferentes classes de comportamentos sociais no repertório do indivíduo, o desempenho social refere-se a emissão de um comportamento ou uma sequência de comportamentos em uma situação social qualquer.

Mais adiante, Del Prette e Del Prette (2001b) sugerem uma taxonomia mais completa, organizada em categorias amplas, porém específicas:

- ✓ habilidades sociais de comunicação: fazer e responder perguntas; gratificar e elogiar; pedir e dar feedback nas relações sociais; iniciar, manter e encerrar conversação; apontando também para a adequabilidades de componentes verbais de forma na comunicação – duração, latência e regulação da fala;
- ✓ habilidades sociais de civilidade: dizer por favor, agradecer, apresentar-se, cumprimentar, despedir-se;
- ✓ habilidades sociais assertivas de enfrentamento: manifestar opinião, concordar, discordar; fazer, aceitar e recusar pedidos; desculpar-se e admitir falhas; estabelecer relacionamento afetivo/sexual; encerrar relacionamento; expressar raiva e pedir mudança de comportamento; interagir com autoridades; lidar com críticas;
- ✓ habilidades sociais empáticas: parafrasear, refletir sentimentos e expressar apoio;
- ✓ habilidades sociais de trabalho: coordenar grupo; falar em público; resolver problemas, tomar decisões e mediar conflitos;

- ✓ habilidades sociais de expressão de sentimento positivo: fazer amizades; expressar a solidariedade e cultivar o amor.

Estes últimos autores também pontuam que os conceitos de habilidades sociais são por vezes confundidos com competência social, sendo empregados como sinônimos. No entanto, para eles, possuem definições distintas. O termo Competência Social assume um sentido mais avaliativo, com intuito de qualificar o nível de proficiência com que os comportamentos em análise são ou deveriam ser emitidos, bem como sua adequação as dimensões pessoal e situacional, conforme Del Prette e Del Prette (2001b, p. 33):

[...] defendemos a idéia de que as pessoas socialmente competentes são as que contribuem na maximização de ganhos e na minimização de perdas para si e para aqueles com quem interagem [...] o desempenho socialmente competente é aquele que expressa uma leitura adequada do ambiente social, que decodifica corretamente os desempenhos esperados, valorizados e efetivos para o indivíduo em sua relação com os demais.

Furtado, Falcone e Clark (2003) realizaram uma pesquisa com 178 estudantes de medicina e entre os objetivos do estudo, avaliaram a relação entre habilidades sociais dos estudantes e o nível de estresse, por meio da aplicação do questionário para avaliação de estressores, o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) e o Inventário de Habilidades Sociais (IHS). Os resultados indicaram que Deficiências em habilidades sociais estão relacionadas ao estresse nesta população, sendo mais um fator somado às outras fontes estressoras. Entre os participantes homens, quanto mais elaborado era o repertório de habilidades sociais, menor era o nível de estresse e, entre as mulheres, constataram um alto nível de estresse, independente de apresentarem ou não habilidades sociais. Conclui-se que a experiência acadêmica dessa amostra favoreceu o estresse e que níveis mais baixos de habilidades sociais estão relacionados à presença de estresse.

Gerk-Carneiro (2003) observam que possuir habilidades sociais é importante, porém é preciso que sejam emitidas de forma adequada. Para a autora, enfatizar a capacidade de alcançar resultados sociais de bom efeito deve ser o objetivo do indivíduo nas situações de relações interpessoais.

Del Prette e Del Prette (2008) definem as habilidades sociais como um conjunto de comportamentos que estão presentes no repertório do indivíduo e que

facilitam seu relacionamento interpessoal. Há evidências crescentes de que déficits nas habilidades sociais estão correlacionados com fraco desempenho acadêmico, delinquência, abuso de drogas, crises conjugais e desordens emocionais variadas, como por exemplos os transtornos de ansiedade (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001a, 2002, 2003). A identificação de habilidades sociais como um fator de proteção no curso do desenvolvimento humano (CECCONELLO; KOLLER, 2000) tem estimulado intervenções para a aprendizagem destas habilidades entre grupos e contextos distintos, com populações clínicas e não clínicas.

Murta (2005) reconhece as habilidades sociais como fator de proteção no curso do desenvolvimento humano. Por consequência, programas para o desenvolvimento de habilidades sociais têm sido desenvolvidos para promover saúde mental. A consulta da autora a periódicos, base de dados LILACS e livros produzidos por grupos de pesquisa identificou 17 programas de intervenção deste tipo. A literatura evidenciou o predomínio de programas em grupo, nos contextos clínico e escolar, com delineamentos pré-experimentais e uso de técnicas cognitivo-comportamentais. Os resultados encontrados pela autora foram promissores rumo a melhorias no desempenho social.

O tema habilidades sociais de estudantes universitários foi abordado também por Soares et al. (2013), apontando que estudantes mais habilidosos socialmente têm maior probabilidade de lidar com os desafios e dificuldades inerentes ao contexto universitário.

Para Santos e Rodrigues (2007), em sua pesquisa sobre o ensino da Psicologia no curso de Fonoaudiologia, defendem que a Psicologia assume um papel importante na formação do fonoaudiólogo, possibilitando a compreensão dos fenômenos comportamentais, psíquicos e também das relações entre os seres humanos e seus contextos de desenvolvimento, ampliando, assim, a compreensão dos processos de comunicação saudáveis ou patológicos e complementando sua formação clínica a partir de conhecimentos sobre técnicas de manejo dos pacientes. Além disso, através de técnicas da Psicologia pode-se ajudar os profissionais a desenvolverem diferentes habilidades sociais e profissionais necessárias para o bom desenvolvimento de suas atividades.

Não foram encontrados estudos de habilidades sociais na área de Odontologia. Na área de Fonoaudiologia, estudo de Teles et al. (2015) comparou o

repertório de habilidades sociais de estudantes de Jornalismo e de Fonoaudiologia. Participaram 189 estudantes, sendo 89 do curso de Jornalismo da UNESP-Bauri (63 mulheres e 26 homens), com idades variando entre de 18 e 28 anos, e 100 de Fonoaudiologia da FOB-USP (96 mulheres e 4 homens) com idades entre 18 a 31 anos. Por meio do *Inventário de Habilidades Sociais (Del Prette & Del Prette, 2001b)*, os estudantes de Fonoaudiologia demonstraram o repertório de habilidades sociais classificado como “Bom acima da média” para habilidades sociais de comunicação (F1), de civilidade (F2), empáticas (F4) e de trabalho (F5) e classificado como “Bastante elaborado” para as habilidades sociais assertivas de enfrentamento (F3) e escore global. Os estudantes de Jornalismo apresentaram a classificação “Bom abaixo da média” para habilidades sociais de civilidade (F2) e “Bom acima da média” para as habilidades sociais de comunicação (F1), assertivas de enfrentamento (F3), empáticas (F4), de trabalho (F5) e escore global. A conclusão a que chegaram foi de que os estudantes de Fonoaudiologia apresentaram melhor desempenho nas habilidades sociais representado pelo escore global e de modo específico nas habilidades sociais de civilidade e de trabalho. Entretanto, cabe ressaltar que a análise do repertório de HS dos estudantes de Fonoaudiologia (ROMERO; ABRAMIDES, 2009) ao longo dos quatro anos do curso, evidencia pouco incremento neste repertório indicando necessidade de estudos sequenciais junto a esta população para maior compreensão acerca do desenvolvimento destas habilidades.

Ao correlacionar Habilidades Sociais com Saúde Mental, Bolsoni-Silva e Loureiro (2015a) estudaram a prevalência de transtornos de ansiedade e depressão em estudantes universitários e as variáveis que podem ser influenciar este processo. O objetivo foi verificar o valor preditivo de habilidades sociais, variáveis sociodemográficas e características do curso para a depressão e ansiedade. Um total de 1282 estudantes de uma universidade pública, de ambos os sexos e de diferentes anos e cursos, participaram do estudo. Instrumentos de rastreio para a depressão e ansiedade (Mini Spin, BDI e QHCU) foram aplicados, bem como um instrumento para investigar as habilidades sociais (IHS) e um questionário abrangendo indicadores sócio demográficos e características do curso. Nas comparações de média das habilidades entre grupos clínicos e não clínicos para ansiedade e depressão, os grupos não clínicos obtiveram médias maiores de

habilidades sociais em praticamente todas as comparações com diferença estatística significativa. O grupo não clínico para ansiedade obteve médias maiores nos fatores QHC – comunicação e afeto, QHC – falar em público, QHC – potencialidades e Fator Total do IHS, apresentando média menor apenas para o fator QHC – dificuldades apenas em relação ao grupo clínico. O grupo não clínico para depressão obteve médias maiores nos fatores QHC – comunicação e afeto, QHC – potencialidades e Fator Total do IHS, com médias menores para o fator QHC – dificuldades e QHC – enfrentamento em relação ao grupo clínico. A análise de regressão binária indicou como fatores preditivos para a ansiedade, em relação às habilidades sociais os fatores Falar em público e Potencialidades do QHCU e o Fator Total do IHS, em relação às características do curso, o ano de graduação. Para depressão, permaneceram no modelo final de regressão logística, em relação às habilidades sociais, os fatores comunicação e afeto, enfrentamento, potencialidades e dificuldades do QHCU e Fator Total do IHS, além do fator situações de vida. Segundo as autoras, os resultados da pesquisa proporcionaram subsídios para programas de prevenção e intervenção junto à população de universitários.

As mesmas autoras constataram uma carência de estudos na literatura sobre a influência de características acadêmicas e sociodemográficas para habilidades sociais de estudantes sem transtorno mental. Assim, realizaram um estudo com o objetivo de caracterizar e comparar as habilidades sociais de estudantes universitários, sem indicadores de transtorno mental, quanto as variáveis acadêmicas e sociodemográficas. Participaram, deste estudo, 461 estudantes de ambos os sexos e de áreas diversas, sem transtorno mental, a partir de critérios de uma entrevista clínica estruturada. Procedeu-se avaliação das habilidades sociais por meio do QHC-Universitários. Os dados foram comparados por procedimentos estatísticos. A partir dos resultados, concluíram que os estudantes dos cursos de humanas, integrais, de anos intermediários/finais, e as mulheres mostraram-se mais habilidosos. Os estudantes de cursos noturnos e que trabalhavam relataram mais habilidades no falar em público; morar em república pareceu promover mais habilidades de enfrentamento (BOLSONI-SILVA; LOUREIRO, 2015b).

3 PROPOSIÇÃO

3 PROPOSIÇÃO

3.1 OBJETIVO GERAL

Caracterizar e comparar dados sociodemográficos e psicossociais de estudantes universitários da área de saúde (Odontologia e Fonoaudiologia) no que tange a seu repertório de habilidades sociais e indicadores de saúde mental.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Caracterizar o perfil do estudante universitário conforme dados (sexo, curso, idade, trabalho, relacionamento, moradia, período/ano, presença de dependências em disciplinas) e psicossociais (fez/faz tratamento psiquiátrico, está tomando medicamento psiquiátrico)
- ✓ Identificar indicadores de saúde mental e repertório de habilidades sociais dos participantes.
- ✓ Comparar e discutir os dados sociodemográficos e psicossociais dos participantes com os resultados do repertório de habilidades sociais e indicadores de saúde mental.

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

4 CASUÍSTICA E MÉTODOS

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da instituição na qual foi realizado o estudo, CAAE 42933614.4.0000.5417 (Anexo A) e aprovada por ele.

4.1 PARTICIPANTES

A amostra da presente pesquisa é composta por 186 estudantes, de ambos os sexos, do primeiro ao último ano da graduação dos cursos de Fonoaudiologia e Odontologia da Faculdade de Odontologia de Bauru - Universidade de São Paulo. A Caracterização e Distribuição destes participantes constam nas Tabelas de 1 a 4, presentes no Capítulo “Resultados”. Não houve critério de exclusão de participantes.

4.2 PROCEDIMENTOS DE RECRUTAMENTO E COLETA DE DADOS

O recrutamento de participantes foi realizado com apoio dos docentes dos cursos de Fonoaudiologia e Odontologia da FOB-USP, que foram abordados com antecedência e em sua maioria, acordaram em ceder um tempo final da aula e pós-aula para que fosse feito o convite de participação e aplicação dos instrumentos de forma presencial com os participantes. O número esperados era de 250 estudantes regularmente matriculados, contando com ambos os cursos. Entretanto, o número de respondentes foi de 206 alunos. Este número justifica-se na medida em que somente participaram da pesquisa aqueles que estavam presentes na aula em que seria realizada a aplicação dos instrumentos. Aliado a isso, como a participação era livre, alguns alunos optaram por não participar da pesquisa. Dos 206 respondentes, 20 deles foram excluídos uma vez que não responderam algumas informações que poderiam comprometer a análise de dados, resultando na amostra de 186 estudantes.

A aplicação foi coletiva e ocorreu presencialmente nas salas de aula da FOB-USP, conforme datas e horários acordados com docentes, variando no período entre setembro e dezembro de 2015. No momento da aplicação, foram apresentados os objetivos da pesquisa bem como dos instrumentos utilizados, seguindo de todas as orientações cabíveis. Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo B), como a pesquisa foi anônima, cada aluno recebeu um número aleatório que deveria guardar para posteriormente solicitar feedback de seus resultados. Os instrumentos foram entregues na forma de um caderno impresso com perguntas e respostas, no qual cada aluno deveria se identificar apenas com o número entregue a ele no ato de assinatura do TCLE.

Na primeira página do caderno foram solicitadas informações sociodemográficas/psicossociais, seguida dos seguintes testes, nesta respectiva ordem: IHS, QHCU, BDI, BAI, MS (mais detalhados no tópico a seguir). O tempo estimado para finalização foi informado antecipadamente aos participantes: em média, trinta e cinco minutos.

4.3 INSTRUMENTOS APLICADOS

4.3.1 Questionário sociodemográfico e psicossocial

Os alunos deveriam assinalar/escrever a resposta correta. As seguintes questões foram apresentadas:

- a) sexo – masculino/feminino;
- b) curso – fonoaudiologia/odontologia;
- c) idade;
- d) trabalho – sim/não;
- e) relacionamento – solteiro/relacionamento sério/casado/divorciado ou viúvo;
- f) moradia – sozinho/família/amigos/parceiro;
- g) período/ano do curso – 1 ano/2 ano/3 ano/4 ano/acima do 4 ano;
- h) presença de dependências em disciplinas – sim/não;

- i) fez ou faz tratamento psiquiátrico – sim/não;
- j) está tomando medicamento psiquiátrico – sim/não.

4.3.2 Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette)

O instrumento tem por objetivo avaliar o repertório de habilidades sociais de jovens adultos. O inventário é organizado em 38 afirmações sobre situações e respostas comportamentais que envolvem diferentes habilidades sociais (como fazer pedidos, críticas e expressar sentimentos) e, diante dos enunciados é solicitado ao respondente que informe sobre a frequência com a qual se comporta da forma descrita, seguindo uma escala com cinco pontos: A (nunca ou raramente), B (com pouca frequência), C (com regular frequência), D (muito frequentemente), E (sempre ou quase sempre) (DEL PRETTE; DEL PRETTE, 2001b). Bandeira et al. (2000) realizaram um estudo com o objetivo de avaliar as propriedades psicométricas do IHS e relataram que, o grau de fidedignidade encontrado foi de 0,90 ($p < 0,001$) e a validade concomitante, avaliada por meio de correlações com a Escala de Assertividade de Rathus, foi de 0,79 ($p < 0,01$), demonstrando a adequação psicométrica desse instrumento.

4.3.3 Questionário de Avaliação de Habilidades Sociais, Comportamentos e Contextos para Universitários (QHC-Universitários)

Foi incluído no estudo como uma medida de habilidades sociais por discriminar recursos e dificuldades frente aos relacionamentos sociais. Proposto e aferido por Bolsoni-Silva (2011), trata-se de um questionário composto por questões que se referem à forma como o participante se comporta em relação a vários interlocutores, como seus pais, amigos, colegas de república, entre outros, bem como os contextos em que ocorrem esses comportamentos, como os interlocutores reagem a eles e como os universitários se sentem nessas ocasiões. O questionário é dividido em quatro tópicos, os quais são aprofundados por perguntas sobre frequência e características do comportamento: 1) Expressividade (Sentimentos positivos, negativos e opiniões), 2) Críticas (fazer e receber críticas), 3) Falar em

público (dificuldade em apresentar seminários e falar para público desconhecido) e 4) Dados Adicionais (se a pessoa quer acrescentar algo que não foi abordado no questionário). O instrumento prevê um escore geral de potencialidades e dificuldades o que permite a classificação do padrão de comportamento em clínico e não clínico. Estudos psicométricos desse instrumento mostraram que o mesmo apresenta satisfatória confiabilidade (Alfa de 0,951) e satisfatória validade discriminante com relação ao Mini-Spin.

4.3.4 Inventário de Depressão de Beck (BDI)

Foi incluído no estudo como uma medida de saúde mental, enquanto um rastreador de indicadores de depressão. O instrumento foi traduzido, adaptado e validado para a população brasileira por Cunha (2001), é auto-administrado, composto por 21 itens que avaliam a gravidade dos sintomas de depressão, os quais são pontuados em uma escala *likert* de 0 (absolutamente não) a 3 (gravemente), permite classificações da depressão nos níveis mínimo, leve, moderado e grave. Originalmente criado para o uso com pacientes psiquiátricos, este instrumento também se mostrou adequado para o uso na população geral. Finger (2008) realizou um estudo com o objetivo geral de validar o referido inventário para uma população universitária brasileira, e, ao coletar dados junto a 857 estudantes, observou que o BDI apresentou características psicométricas satisfatórias: Alfa de *Cronbach* (0,88) e boa estabilidade temporal ($r=0,731$).

4.3.5 Inventário de Ansiedade de Beck (BAI)

A Escala de Ansiedade de Beck ou Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) foi criada pelo Dr. Aaron Beck, trata-se de um questionário de auto-relato com 21 questões de múltipla escolha, utilizada para medir a severidade da ansiedade de um indivíduo. Essas questões são sobre como o indivíduo tem se sentido na última semana, expressas em sintomas comuns de ansiedade (como sudorese e sentimentos de angústia). Cada questão apresenta quatro possíveis respostas, e a que se assemelha mais com o estado mental do indivíduo deve ser sinalizada. As

possíveis respostas são: Não; Levemente: não me incomodou muito; Moderadamente: foi desagradável, mas pude suportar; Severamente: Quase não suportei. O inventário pode ter um resultado máximo de 63 e as categorias são: 0-7: grau mínimo de ansiedade; 8-15: ansiedade leve; 16-25 ansiedade moderado; 26-63: ansiedade severa.

4.3.6 Versão reduzida do Inventário de Fobia Social (Mini-Spin)

Trata-se de instrumento que avalia indicadores de fobia social e foi incluído no estudo como uma medida de saúde mental, como rastreadora de indicadores de ansiedade ou fobia social. É composto por três dos 17 itens do instrumento original *Social Phobia Inventory* (SPIN), no modelo *checklist*, tipo *likert* de cinco pontos, com variação quanto a afirmativa do item de “nada” a “extremamente”. Proposto Connor et al. (2000), inclui os itens 6, 9 e 15, por serem aqueles que em estudo empírico se mostraram como os mais discriminativos de pessoas com transtorno de ansiedade social. No estudo original, para a nota de corte 6, apresentou excelentes indicadores de sensibilidade (88,7%) e de especificidade (90%). No Brasil o instrumento foi traduzido e adaptado por Osorio (2008), tendo apresentado valores de correlação de 0,88 ($p < 0,01$) com a forma completa do SPIN, fidedignidade pelo Alfa de Cronbach de 0,73 e bons indicadores de validade discriminativa, com área sob a curva de 0,81 ($p < 0,01$), erro padrão de 0,02, com intervalo de confiança de 95%, e ainda, com a nota de corte 6 apresentou sensibilidade de 0,94 e especificidade de 0,46.

4.4 TRATAMENTO DE DADOS E ANÁLISES ESTATÍSTICAS

Os dados obtidos nos protocolos de resposta foram tratados da seguinte forma:

- ✓ **Questionário sociodemográfico e psicossocial:** todas as respostas foram lançadas em planilhas e utilizadas, através da análise estatística, para verificação da distribuição dos participantes e posteriormente

cruzamento de dados com os testes de saúde mental e habilidades sociais.

- ✓ **IHS-Del Prette:** as respostas dos participantes foram enumeradas de zero a quatro e a pontuação foi invertida quando as perguntas eram negativas (situações nas quais a pontuação mais alta indicava déficit de habilidades sociais). Em seguida soma-se a pontuação total do participante (IHST) no instrumento, bem como os escores obtidos em cada um dos cinco fatores do IHS-Del Prette (F1 - Enfrentamento e Autoafirmação com Risco; F2 - Autoafirmação na Expressão de Sentimento Positivo; F3 - Conversação e Desenvoltura Social, F4 – Autoexposição a Desconhecidos e Situações Novas, e F5 - Autocontrole da Agressividade). Adotou-se os escores obtidos pelos participantes em cada uma das situações citadas referenciados à norma em termos de percentis; além de categorizá-los em Clínico (C) / Não Clínico (NC).
- ✓ **QHC-Universitários:** os escores obtidos pelos participantes na Parte 1 do questionário (categorias de frequência) foram agrupados nos três fatores especificados para essa etapa (Fator 1: Comunicação e afeto, conversação, expressão de sentimentos positivos e expressão de opiniões, Fator 2: Enfrentamento, expressão de sentimentos negativos, fazer críticas e receber críticas e Fator 3: Falar em público e apresentar seminários) e os escores obtidos na Parte 2 do questionário (categorias de conteúdo) nos dois fatores pertinentes a essa parte do QHC-Universitários (Fator 1: Potencialidades (POT): situações/assuntos, comportamento habilidoso, consequência positiva, sentimentos positivos e Fator 2: Dificuldades (DIF): comportamento não habilidoso, consequência negativa e sentimentos negativos).
- ✓ **BDI:** o escore total obtido nesse instrumento pode ser classificado em diferentes níveis de depressão: mínimo (0-11), leve (12-19), moderado (20-35) e grave (36-63). Para a atual pesquisa, seguindo o padrão utilizado no estudo por Bolsoni-Silva (2011), os participantes que tiveram os escores correspondentes às categorias de grau mínimo e leve de depressão foram considerados como não clínicos, e os que obtiveram escores entre os níveis moderado e grave serão considerados clínicos.

- ✓ **BAI:** Cada questão apresenta quatro possíveis respostas, e a que se assemelha mais com o estado mental do indivíduo deve ser sinalizada. As possíveis respostas são: Não; Levemente (não me incomodou muito); Moderadamente (foi desagradável, mas pude suportar); Severamente (Quase não suportei). O inventário pode ter um resultado máximo de 63 e as categorias são: 0-7: grau mínimo de ansiedade; 8-15: ansiedade leve; 16-25 ansiedade moderado; 26-63: ansiedade severa. Da mesma maneira que o teste anterior, os escores correspondentes às categorias de grau mínimo a leve foram considerados como não clínicos, e os que obtiveram escores entre os níveis moderado e severo foram considerados clínicos.
- ✓ **Mini-Spin:** o escore total desta escala varia de 0 a 6 pontos. Pontuação igual ou superior a seis sugere a presença da fobia social (CONNOR et al., 2000). Para o atual estudo, os participantes que obtiveram pontuação igual ou superior a seis foram categorizados como clínicos e os que obtiveram pontuação igual ou menor a cinco, como não clínicos.

4.1.2 Análises estatísticas

Os dados obtidos por meio dos instrumentos aplicados foram submetidos a análises estatísticas, quais sejam: Chi-quadrado (χ^2) de Pearson (criado para avaliar se conjuntos de dados categóricos relacionados em tabelas de contingência diferem do acaso), Teste T de Student *t* (um teste de hipótese que usa conceitos estatísticos para rejeitar ou não uma hipótese nula quando a estatística de teste (*t*) segue uma distribuição *t* de Student), Anova (testa a importância de um ou mais fatores comparando as médias das variáveis de resposta em diferentes níveis dos fatores. A hipótese nula afirma que todas as médias das populações são iguais, enquanto a hipótese alternativa afirma que pelo menos uma é diferente), Teste Tukey (teste de comparação de média, serve como um complemento para o estudo da análise de variância).

5 RESULTADOS

5 RESULTADOS

Os resultados serão apresentados por meio das tabelas que se seguem, propõe-se portanto, caracterizar e correlacionar os dados sociodemográficos e psicossociais com repertório de habilidades sociais e indicadores de saúde mental, inclusive correlacionando estes dois últimos, à luz dos objetivos específicos desta pesquisa. Cumpre informar que as correlações não significativas foram omitidas ou assinaladas como tal.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DE PERFIL DO ESTUDANTE UNIVERSITÁRIO CONFORME DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E PSICOSSOCIAIS

Os dados evidenciam maior concentração do número de participantes: no curso de Odontologia, primeiro e segundo anos, sexo feminino, relacionamento solteiro, sem dependências em disciplinas, não realizando tratamento ou fazendo uso de medicamentos psiquiátricos. Com relação à moradia, os dados estão distribuídos entre sozinho, amigos e família (Tabela 1).

Tabela 1 - Caracterização dos participantes em números brutos (N) e percentis (%) em relação a curso, período, sexo, status de relacionamento, dependências em disciplinas, status moradia, presença de tratamento psiquiátrico, uso de medicamentos psiquiátricos

		N	%
Curso	Fonoaudiologia	74	40,7%
	Odontologia	112	59,6%
Período	1 ano	64	34,4%
	2 ano	69	37,1%
	3 ano	20	10,7%
	4 ano	33	17,7%
Sexo	Feminino	152	81,7%
	Masculino	34	18,3%
Status de relacionamento	Solteiro	108	58,1%
	Relacionamento Sério	77	41,4%
	Casado	1	0,53%
Dependências em disciplinas	Não possuem	175	94,1%
	Possuem	11	5,9%
Status moradia	Família	69	37,1%
	Amigos	58	31,2%
	Sozinho	59	31,7%
Presença de tratamento psiquiátrico	Não	159	85,5%
	Sim	27	14,5%
Uso de medicamentos psiquiátricos	Não	175	94,1%
	Sim	11	5,9%

Constata-se que no curso de Fonoaudiologia, os respondentes são na maioria do segundo ano, sexo feminino, moram com a família, sem dependências em disciplinas, tratamento psiquiátrico ou uso de medicamentos. Já na Odontologia, a maioria encontra-se no primeiro ano, são mulheres, solteiras, moram sozinhas, e assim como na Fonoaudiologia, sem dependências em disciplinas, tratamento psiquiátrico ou uso de medicamentos (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição dos participantes por curso em relação a: período, sexo, status de relacionamento, status moradia, dependências em disciplinas, tratamento psiquiátrico, uso de medicamentos psiquiátricos

		FONOAUDIOLOGIA	ODONTOLOGIA
Período	1 ano	28,4%	38,4%
	2 ano	47,3%	30,4%
	3 ano	8,1%	12,5%
	4 ano	16,2%	18,7%
Sexo	Feminino	94,6%	73,2%
	Masculino	5,4%	26,8%
Status de relacionamento	Solteiro	62,2%	55,4%
	Relacionamento sério	36,5%	44,6%
	Casado	1,3%	0%
Status moradia	Família	48,6%	29,5%
	Amigos	37,8%	26,8%
	Sozinho	13,5%	43,7%
Dependências em disciplinas	Não possuem	87,8%	98,2%
	Possuem	12,16%	1,8%
Tratamento psiquiátrico	Não	78,4%	90,2%
	Sim	21,6%	9,8%
Uso de medicamentos psiquiátricos	Não	91,9%	95,5%
	Sim	8,1%	4,5%

O sexo feminino se caracteriza por maior expressividade nas seguintes categorias: curso de odontologia, segundo ano, solteiras, morando com a família, sem dependências em disciplinas, sem uso de medicamentos ou em tratamento psiquiátrico. Já o sexo masculino em sua maioria caracteriza-se por: curso de odontologia, primeiro ano, solteiros, moram sozinhos (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos participantes por sexo em relação a: curso, período, status de relacionamento, status moradia, dependências em disciplinas, tratamento psiquiátrico, uso de medicamento psiquiátrico

		FEMININO	MASCULINO
Curso	Fonoaudiologia	46,1%	11,7%
	Odontologia	53,9%	88,2%
Período	1 ano	33,5%	38,2%
	2 ano	38,2%	32,4%
	3 ano	11,2%	8,8%
	4 ano	17,1%	20,6%
Status de relacionamento	Solteiro	55,9%	67,6%
	Relacionamento sério	43,4%	32,4%
	Casado	0,6%	0%
Status moradia	Família	37,5%	35,3%
	Amigos	33,6%	20,6%
	Sozinho	28,9%	44,1%
Dependências em disciplinas	Não possuem	94,7%	91,2%
	Possuem	5,3%	8,8%
Tratamento psiquiátrico	Não	86,8%	79,4%
	Sim	13,2%	20,6%
Uso de medicamento psiquiátrico	Não	95,4%	88,2%
	Sim	4,6%	11,8%

Segundo os dados da Tabela 4, o perfil do primeiro ano: solteiro, mora sozinho. O segundo ano: solteiro, mora com amigos. Terceiro e quarto anos: solteiro e mora com a família. A maioria dos estudantes, em todos os anos, não possui dependências, nem tratamento psiquiátrico nem uso de medicamentos.

Tabela 4 - Distribuição dos participantes por período (ano) em relação a: status de relacionamento, status moradia, dependências em disciplinas, tratamento psiquiátrico, uso de medicamento psiquiátrico

		1 ANO	2 ANO	3 ANO	4 ANO
Status de relacionamento	Solteiro	70,3%	52,2%	60%	45,4%
	Relacionamento Sério	29,7%	46,4%	40%	54,6%
	Casado	0%	1,4%	0%	0%
Status moradia	Família	32,8%	33,3%	45%	48,5%
	Amigos	25%	39,1%	35%	24,2%
	Sozinho	42,2%	27,5%	20%	27,3%
Dependências em disciplinas	Não possuem	96,9%	91,3%	100%	90,9%
	Possuem	3,1%	8,7%	0%	9,1%
Tratamento psiquiátrico	Não	96,9%	79,7%	90%	72,7%
	Sim	3,1%	20,3%	10%	27,3%
Uso de medicamento psiquiátrico	Não	98,4%	89,9%	100%	90,9%
	Sim	1,6%	10,1%	0%	9,1%

5.2 INDICADORES PSICOSSOCIAIS E HABILIDADES SOCIAIS DOS PARTICIPANTES

Sobre os participantes em tratamento psiquiátrico, a maioria encontra-se na Fonoaudiologia, no primeiro ano, são solteiros, não possuem dependências em disciplinas, a maioria não utiliza medicamentos e estão em média 50% deprimidos e/ou ansiosos. Já o grupo que não está em tratamento psiquiátrico, caracteriza-se por: curso de Odontologia, primeiro ano, relacionamento-solteiro, sem dependências, quase todos não utilizam medicamentos. Com relação à depressão e ansiedade, a maioria é não clínico. Os dados do instrumento MS não apresentaram comparação significativa (Tabela 5).

Tabela 5 - Análise da amostra a partir da categoria tratamento psiquiátrico em relação a: curso, ano, relacionamentos, dependências em disciplinas, uso de medicamentos, BDI, BAI

		TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO		p
		Não	Sim	
Curso	Fonoaudiologia	36,5%	59,3%	p=0,0253*
	Odontologia	63,5%	40,7%	
Ano	1 ano	39%	7,4%	p=0,0042*
	2 ano	34,6%	51,8%	
	3 ano	11,3%	7,4%	
	4 ano	15,1%	33,3%	
Relacionamentos	Solteiro	61,1%	40,7%	p=0,0108*
	Relacionamento sério	38,9%	55,6%	
	Casado	0%	3,7%	
Dependências em disciplinas	Não possuem	95,6%	85,2%	p=0,0339*
	Possuem	4,4%	14,8%	
Uso de medicamentos	Não	99,4%	62,9%	p=0,0000*
	Sim	0,6%	37,4%	
BDI	BDI C	20,1%	51,8%	p=0,0004*
	BDI NC	79,9%	48,1%	
BAI	BAI C	20,7%	51,8%	p=0,0005*
	BAI NC	79,3%	48,2%	

*Pearson Chi-square ($p < 0,05$).**BDI**= Inventário de Depressão de Beck; **BAI**= Inventário de Ansiedade de Beck; **C**= clínico; **NC**= não clínico.

Conforme a Tabela 6, observamos que os fatores QHCU F1 e POT apresentam comparação significativa ($p < 0,05$) com a categoria Tratamento Psiquiátrico, demonstrando que os estudantes em tratamento psiquiátrico possuem mais dificuldades em seu repertório de habilidades. Aqueles que não estão em tratamento psiquiátrico apresentaram maior pontuação no fator/habilidade QHCU F1. Este último também apresentou comparação significativa com uso de Medicamentos, com resultados maiores para os estudantes que não fazem uso de medicamentos.

Tabela 6 - Análise dos indicadores de Habilidades Sociais em relação a dados Psicossociais

HABILIDADES / FATORES	TRATAMENTO PSIQUIATRICO			USO MEDICAMENTOS		
	$\bar{X}$ N(Std.Dev)	$\bar{X}$ S(Std.Dev)	p	$\bar{X}$ N(Std.Dev)	$\bar{X}$ S(Std.Dev)	p
QHCU F1 (Comunicação e afeto, conversação, expressão de sentimentos positivos e expressão de opiniões)	20,50(4,70)	18,22(5,49)	0,0243	20,48(4,73)	15,27(4,69)	0,0005
QHCU DIF (escore geral de dificuldades)	25,01(16,25)	37,96(5,49)	0,0013			

Teste t de Student, $p < 0,05$.

N= Não; **S**=Sim

Na sequência, temos (Tabela 7) a apresentação das habilidades/fatores que apresentaram comparação significativa com dados de “Sexo” e “Dependências”. Nota-se que o sexo feminino possui maior pontuação em QHCU F1, enquanto o masculino se sobressai no IHS F1. Os estudantes com maior número de dependências em disciplinas possuem maior dificuldade (QHCU DIF) em suas habilidades.

Tabela 7 - Análise dos indicadores de Habilidades Sociais em relação a dados Sociodemográficos (Sexo e Dependências em disciplinas)

HABILIDADES / FATORES	SEXO			DEPENDÊNCIAS		
	$\bar{X}_F$ (Std.Dev)	$\bar{X}_M$ (Std.Dev)	p	$\bar{X}_N$ (Std.Dev)	$\bar{X}_S$ (Std.Dev)	p
QHCU F1 (Comunicação e afeto, conversação, expressão de sentimentos positivos e expressão de opiniões)	20,67(4,43)	17,91(6,08)	0,0025			
IHS F1 (Enfrentamento e autoafirmação com risco)	8,23(2,93)	9,50(3,08)	0,0251			
QHCU DIF (comportamento não habilidoso, consequência negativa e sentimentos negativos)				25,71(17,75)	45,63(34,36)	0,0009

Teste t de Student, $p < 0,05$.

F= Feminino; M=Masculino; N=Não; S=Sim.

A comparação das Habilidades Sociais em relação aos dados de “Relacionamento” (Tabela 8); mostra que estudantes que estão em relacionamento sério possuem melhor repertório de habilidades sociais em QHCU F1 e QHCU POT.

Tabela 8 - Análise dos indicadores de Habilidades Sociais em comparação a dados Sociodemográficos (Relacionamento)

HABILIDADES / FATORES	SÉRIO N=77 $\bar{X}$ (Std.Dev)	SOLTEIRO N=108 $\bar{X}$ (Std.Dev)	CASADO N=1 $\bar{X}$ (Std.Dev)	p
QHCU F1 (Comunicação e afeto, conversação, expressão de sentimentos positivos e expressão de opiniões)	21,37 (4,69) ^B	19,33 (4,87) ^A	18,00 (...) ^{A B}	0,0168
QHCU POT (Potencialidades, situações/assuntos, comportamento habilidoso, consequência positiva, sentimentos positivos)	124,58 (34,64) ^B	99,37 (26,10) ^A	104,00 (...) ^{A B}	0,0000
QHCU DIF (dificuldades, comportamento não habilidoso, consequência negativa e sentimentos negativos)	31,02 (21,87) ^B	23,30 (15,87) ^A	96,00 (...) ^{A B}	0,0000

Anova e Teste Tukey, $p < 0,05$

*Letras sobrescritas diferentes indicam diferenças estatisticamente significativas na comparação entre grupos

Já com relação aos dados de “Ano/Período” (Tabela 9), percebemos que os estudantes do quarto ano possuem melhor repertório de habilidades sociais (IHS T, IHS F1, QHCU F3). Enquanto isso, os alunos do primeiro ano possuem repertório mais fraco de habilidades.

Tabela 9 - Análise dos indicadores de Habilidades Sociais em relação a dados Sociodemográficos (Ano/Período).

ANO/PERÍODO	IHS T (Escore Total)		
	$\bar{X}$	(Std.Dev.)	p
1ano	88,954	(17,630) ^A	0,0150
2ano	90,347	(16,340)	
3ano	96,850	^{A B}	
4ano	99,181	(16,158) ^{A B}	
		(15,172) ^B	
	IHS F1 (Enfrentamento e autoafirmação com risco)		
	$\bar{X}$	(Std.Dev.)	p
1ano	7,767	(3,285) ^A	0,0260
2ano	8,367	(2,704)	
3ano	9,351	^{A B}	
4ano	9,487	(2,689) ^{A B}	
		(2,860) ^B	
	QHCU F3 (Falar em público e apresentar seminários)		
	$\bar{X}$	(Std.Dev.)	p
1ano	3,906	(2,098) ^A	0,0248
2ano	4,028	(1,723) ^{A B}	
3ano	4,700	(2,364) ^{A B}	
4ano	5,090	(2,111) ^B	

Anova e Teste Tukey, $p < 0,05$

*Letras sobrescritas diferentes indicam diferenças estatisticamente significativas na comparação entre grupos

Com relação aos dados da categoria “Moradia” (Tabela 10) todos os fatores que apresentaram comparação significativa (IHS T, IHS F2, IHS F4, QHCU F1, QHCU F3, QHCU POT), os estudantes que moram com amigos apresentaram melhor repertório de Habilidades. Já os estudantes que moram sozinhos foram os que apresentaram repertório mais fraco dentre as habilidades estudadas (em quatro das seis habilidades apresentadas cuja comparação foi significativa).

Tabela 10 - Análise dos indicadores de Habilidades Sociais em relação a dados de “Moradia”.

HABILIDADES / FATORES	AMIGOS $\bar{X}$ (Std.Dev)	FAMÍLIA $\bar{X}$ (Std.Dev)	SOZINHO $\bar{X}$ (Std.Dev)	p
IHS T (Escore total)	96,46 (15,35) ^B	91,89 (17,47) ^{A B}	88,15 (17,02) ^A	0,028
IHS F2 (Autoafirmação na Expressão de Sentimento Positivo)	9,55 (1,34) ^B	9,02 (1,69) ^{A B}	8,774 (1,44) ^A	0,019
IHS F4 (Autoexposição a Desconhecidos e Situações Novas)	3,79 (1,19) ^B	3,46 (1,50) ^{A B}	3,08 (1,40) ^A	0,022
QHCU F1 (Comunicação e afeto, conversação, expressão de sentimentos positivos e expressão de opiniões)	21,46 (4,35) ^B	19,24 (5,10) ^A	19,98 (4,91) ^{A B}	0,035
QHCU F3 (Falar em público e apresentar seminários)	4,62 (1,97) ^A	4,47 (2,04) ^A	3,61 (1,96) ^B	0,012
QHCU POT (Potencialidades, situações/assuntos, comportamento habilidoso, consequência positiva, sentimentos positivos)	120,20 (32,09) ^B	104,21 (32,40) ^A	106,20 (30,35) ^A	0,011

Anova e Teste Tukey, $p < 0,05$

*Letras sobrescritas diferentes indicam diferenças estatisticamente significativas na comparação entre grupos

5.3 OS INDICADORES DE SAÚDE MENTAL E COMPARAÇÕES COM AS HABILIDADES SOCIAIS

Entende-se pela Tabela 11 que, tanto para depressão quanto ansiedade, os grupos clínicos estão bem divididos entre os dois cursos. Com relação ao uso de medicamentos, pequena parcela dos participantes faz uso, sendo que o grupo clínico utiliza mais, cerca de 10% de diferença. No caso da ansiedade (BAI) e da fobia social (MS), aqueles que mais utilizam medicamentos estão no segundo ano de graduação. As categorias de relacionamento e moradia não obtiveram associação significativa.

Tabela 11 - Resultados dos testes de saúde mental (BDI, BAI, MS) em relação a: curso, período, sexo, dependências e medicamentos

		BDI		BAI		Mini-Spin	
		C	NC	C	NC	C	NC
Curso	Fonoaudiologia	52,2%	35,7%	53,2%	35,3%	p=0,7671	
	Odontologia	47,8%	64,3%	46,8%	64,7%		
		p=0,0478*		p=0,0298*			
Período	1 ano	p=0,4120		29,8%	36%	36,6%	33,3%
	2 ano			53,2%	31,7%	50,8%	30,1%
	3 ano			8,5%	11,6%	6,4%	13%
	4 ano			8,5%	20,9%	6,4%	23,6%
				p=0,0440*		p=0,0034*	
Sexo	Feminino	p=1339		p=1169		92,1%	76,4%
	Masculino					7,9%	23,6%
						p=0,0090*	
Dependências	Não possuem	p=0,8403		p=0,5770		88,9%	96,8%
	Possuem					11,1%	3,2%
						p=0,0315	
Medicamentos	Não	87%	96,4%	87,2%	96,4%	p=0,4026	
	Sim	13%	3,6%	12,8%	3,6%		
		p=0,0181		p=0,0212			

*Pearson Chi-square ($p < 0,05$)

BDI= Inventário de Depressão de Beck; **BAI**= Inventário de Ansiedade de Beck; **C**= clínico; **NC**= não clínico

Segundo os resultados da Tabela 12, o grupo não clínico em depressão possui melhor repertório de habilidades sociais em: IHST, IHSF1, IHSF2, QHCU F1 E QHCU F3. Já o grupo clínico apresenta maiores médias no quesito relacionado às dificuldades - QHCU DIF.

Tabela 12 - Comparação do BDI com IHS e QHCU

HABILIDADES SOCIAIS	BDI				p*
	NC		C		
	$\bar{X}$	dp	$\bar{X}$	dp	
IHS T (Escore Total)	94,32	14,81	85,47	20,98	0,001924
IHS F1 (Enfrentamento e autoafirmação com risco)	8,74	2,94	7,64	3,02	0,030691
IHS F2 (Autoafirmação na expressão de sentimento positivo)	9,25	1,46	8,68	1,70	0,029500
QHCU F1 (Comunicação e afeto, conversação, expressão de sentimentos positivos e expressão de opiniões)	20,96	4,56	17,76	5,06	0,000086
QHCU F3 (Falar em público e apresentar seminários)	4,44	1,90	3,65	2,32	0,021873
QHCU DIF (escore geral de dificuldades)	23,46	16,70	37,34	23,73	0,000020

*Teste t de Student, $p < 0,05$.

BDI= Inventário de Depressão de Beck; **C**= clínico; **NC**= não clínico.

Os resultados da Tabela 13 demonstram que o grupo não clínico em ansiedade possui melhor repertório de habilidades sociais em: IHSF4, IHSF5, QHCU F1, QHCU F3. Já o grupo clínico possui mais dificuldades em seu repertório de HS (QHCU DIF).

Tabela 13 - Comparação do BAI com IHS e QHCU

HABILIDADES SOCIAIS	BAI				p*
	C		NC		
	$\bar{X}$	dp	$\bar{X}$	dp	
IHS F4 (Autoexposição a desconhecidos e situações novas)	3,09	1,61	3,56	1,30	0,046892
IHS F5 (Autocontrole da agressividade)	1,08	0,74	1,38	0,67	0,014018
QHCU F1 (Comunicação e afeto, conversação, expressão de sentimentos positivos e expressão de opiniões)	18,48	4,92	20,74	4,74	0,005936
QHCU F3 (Falar em público e apresentar seminários)	3,68	1,83	4,43	2,07	0,026931
QHCU DIF (escore geral de dificuldades)	32,19	21,73	25,10	18,51	0,031318

*Teste t de Student, $p < 0,05$.

BAI= Inventário de Ansiedade de Beck; **C**= clínico; **NC**= não clínico.

Conforme resultados da Tabela 14, o grupo rastreado como não clínico pelo Mini-Spin, possui melhor repertório de habilidades sociais (HS) nos seguintes fatores: IHS T, IHS F1, IHS F2, IHSF4, QHCU F3. Já o grupo clínico possui mais dificuldades em seu repertório de HS (QHCU DIF).

Tabela 14 - Comparação do MS com IHS e QHCU

HABILIDADES SOCIAIS	Mini-Spin				p*
	NC		C		
	$\bar{X}$	dp	$\bar{X}$	dp	
IHS T (pontuação total do participante)	97,46	14,56	81,73	16,46	0,000000
IHS F1 (Enfrentamento e autoafirmação com risco)	9,14	2,87	7,13	2,78	0,000009
IHS F2 (Autoafirmação na expressão de sentimento positivo)	9,31	1,49	8,71	1,56	0,012762
IHS F4 (Autoexposição a desconhecidos e situações novas)	3,86	1,21	2,63	1,38	0,000000
QHCU F3 (Falar em público e apresentar seminários)	4,74	1,87	3,26	1,98	0,000001
QHCU DIF (comportamento não habilidoso, consequência negativa e sentimentos negativos)	21,34	15,35	37,71	22,32	0,000000

*Teste t de Student, $p < 0,05$.

C= clínico; NC= não clínico.

Nota-se que para os três grupos não clínicos em Depressão, Ansiedade e Fobia Social, algumas habilidades sociais estavam presentes. Para facilitar a análise, segue na Tabela 15 um resumo com cada grupo não clínico e as respectivas habilidades que o grupo apresentou.

Tabela 15- Resumo das Habilidades Sociais presentes em cada Grupo Não Clínico

HABILIDADES	GRUPOS NÃO CLÍNICOS PARA:		
	Depressão	Ansiedade	Fobia Social
IHS F1 (Enfrentamento e autoafirmação com risco)	SIM		SIM
IHS F2 (Autoafirmação na expressão de sentimento positivo)	SIM		SIM
IHS F3 (Conversação e desenvoltura Social)			
IHS F4 (Autoexposição a desconhecidos e situações novas)		SIM	SIM
IHS F5 (Autocontrole da agressividade)		SIM	
QHCU F1 (Comunicação e afeto, conversação, expressão sentimentos positivos e opiniões)	SIM	SIM	
QHCU F2 (Enfrentamento, expressão sentimentos negativos, fazer e receber críticas)			
QHCU F3 (Falar em público e apresentar seminários)	SIM	SIM	SIM

6 DISCUSSÃO

6 DISCUSSÃO

O presente estudo propôs-se a pesquisar o perfil do estudante universitário de Odontologia e Fonoaudiologia da FOB-USP, conforme dados sociodemográficos por meio de questionário elaborado pela pesquisadora. Levantar dados acerca dos indicadores de saúde mental relacionados a depressão (Inventário de Depressão de Beck – BDI), ansiedade (Inventário de ansiedade de Beck) e fobia social (Mini-Spin) e estabelecer grupos com problemas de saúde mental (Clínico) e sem problemas de saúde mental (Não Clínico). Na sequência, apurar resultados sobre o repertório de habilidades sociais desta população, tendo em vista o Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette) e Questionário de Habilidades Comportamentais de Universitários (QHC-Universitários). E finalmente, comparar a qualidade do repertório de habilidades sociais entre os grupos com e sem problemas de saúde mental por meio da análise estatística (teste Pearson Chi quadrado, teste T de Student, Anova e teste Tukey) com significância de $p < 0,05$.

6.1 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DE CARACTERIZAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA ESTUDADA

Conforme dados sociodemográficos e psicossociais levantados dos estudantes universitários, constatou-se que o número de participantes está mais concentrado no curso de Odontologia (59,6%) uma vez que este curso oferece maior número de vagas (50) que o de Fonoaudiologia (40), no segundo ano (37,1%) dos cursos (mas levando-se em conta que 15 estudantes do grupo do terceiro ano de Fonoaudiologia foram excluídos por falta de dados completos dos testes BAI, BDI e Mini-Spin), sexo feminino (81,7%), status de relacionamento-solteiro (58,1%), sem dependências em disciplinas (94,1%), não realizando tratamento psiquiátrico (85,5%), não utilizando medicamentos psiquiátricos (94,1%). Com relação a moradia, os dados estão distribuídos entre sózinho, amigos e família, entretanto este último apresenta-se ligeiramente maior (37,1%). Verificou-se também que 100% dos participantes não trabalham, entretanto tal dado foi excluído dos resultados uma vez que a população estuda em período integral. Mesmo não trabalhando, os estudantes

poderiam ter atividade remunerada na universidade por meio de bolsas de estudo, entretanto tal dado não foi investigado na presente pesquisa, sendo esta uma limitação deste estudo.

Na distribuição por Curso, observou-se que os participantes da Fonoaudiologia são na maioria do segundo ano (47,3%), sexo feminino (94,6%), solteiras (62,2%), moram com a família (48,6%), sem dependências em disciplinas (87,8%), não fazem tratamento psiquiátrico (78,4%) nem utilizam medicamentos (91,9%). Já na Odontologia, a maioria encontra-se no primeiro ano do curso (38,4%), são mulheres (73,2%), solteiros (55,4%), moram sozinhos (43,7%), e assim como na Fonoaudiologia, sem dependências em disciplinas (98,2%), tratamento psiquiátrico (90,2%) ou uso de medicamentos (95,5). Desta forma, ambos os cursos são compostos predominantemente por mulheres solteiras.

A literatura aborda vários estudos nos cursos de Odontologia em que o sexo feminino e o relacionamento/estado civil solteiro representam a maioria, dentre eles, Marcelino (2000); Bacci, Cardoso e Pasian (2002); Junqueira et al. (2002); Galassi, Santos-Pinto e Scannavino (2004).

Para Matos, Toassi e Oliveira (2013), segundo a literatura, a profissionalização feminina se deve ao contexto histórico, com início no final do século XIX, e estava relacionada aos papéis femininos tradicionais, ou seja, a mulher vinculada ao cuidar, ao educar e ao servir, entendidos como dom ou vocação. Por consequência, as mulheres passaram a ocupar diversas profissões que eram desempenhadas exclusivamente pelos homens, como, por exemplo, Medicina e Odontologia.

A partir da análise sobre a formação de profissionais de saúde no Brasil, no período de 1991 a 2008, Griboski (2012) verificou-se que a participação das mulheres nesta área foi significativa, com exceção do curso de Educação Física e entre os concluintes da Medicina.

Estudo transversal de Toassi et al. (2011) verificaram sobre a opção de estudantes pela Odontologia e as perspectiva de atuação profissional por meio da aplicação de questionário semiestruturado, pré-testado, incluindo dados sociodemográficos. Participaram do estudo 360 estudantes do 1º ao 10º semestre do curso de Odontologia (88,5% do total). Desses 360 estudantes investigados, a

maior parte são mulheres (69,2%), jovens, com idade entre 17 e 22 anos (58,1%), solteiros (as) (96,4%), sem filhos (98,3%) e do estado do Rio Grande do Sul (88,9%). Também no sul, corroboram os estudos de Brustolin et al. (2006). Esta realidade no curso da odontologia se estende para outros estados do Brasil. Em Minas Gerais, por Martelli Júnior et al. (2007); Costa, Durães e Abreu (2010) e Bahia por Oliveira (2013).

Dos Santos e De Luccia (2015) investigaram evolução dos estudantes e dos cursos de Fonoaudiologia do ano de 2004 a 2010. Foram analisados os dados expressos nos relatórios síntese do Exame Nacional de Desempenho de Estudantes (ENADE) de 2004 a 2010 em relação ao perfil e conceito dos cursos de Fonoaudiologia, perfil dos estudantes e estatísticas da prova. Participaram 11.662 estudantes desta área, nos anos de 2004 (N=4.437), 2007 (N=3.729) e 2010 (N=3.496), ingressantes e concluintes, com a média de idade variando de 22,0 a 22,7 para ingressantes e de 24,5 a 24,7 para concluintes. Nos dados sociodemográficos, foram observadas maiores prevalências para: sexo feminino, cor/etnia branco(a), ausência de renda própria e renda mensal familiar de 3 a 10 salários mínimos. No entanto, houve um aumento estatisticamente significativo para: sexo masculino quando comparado o ano de 2004 aos anos de 2007 e 2010. Por fim, os resultados mostram uma mudança no perfil destes estudantes ao longo dos anos, com maior índice de acesso do sexo masculino, da cor/etnia pardo(a) e/ou mulato(a).

Rezende et al. (2007) sustentam que Odontologia e o mercado de trabalho do Cirurgião-dentista encontram-se em mudança e muitas dificuldades são encontradas tanto pelos recém-formados como por profissionais experientes. Com intuito de delinear o perfil, analisar as motivações e as expectativas dos graduandos e graduados em Odontologia pela Universidade de Taubaté (UNITAU) diante do mercado de trabalho; aplicou questionários abordando idade, sexo, estado civil, cidade de origem, expectativas ou situação diante do mercado de trabalho, rendimento mensal e pós-graduação a todos os alunos do primeiro (30) e quarto (69) anos e a graduados entre os anos 1993 e 1995 (40) e entre 1998 e 2000 (47). Verificou-se a predominância de mulheres na amostra analisada, no entanto, pôde-se verificar que a diferença entre os sexos no primeiro ano (53,33% de mulheres) foi menor que no último ano (66,66%), o que pode indicar o início de tendência de

reversão do quadro de profissão predominantemente feminina que se verificou nos últimos anos. Entre os profissionais formados há cerca de dez anos, encontraram-se apenas 55,32% de mulheres, menos que entre os profissionais formados há menos tempo (77,5%).

Em oposição aos resultados da presente pesquisa, Cavalcanti et al. (2010) analisaram os motivos de ingresso e evasão dos acadêmicos do Curso de Odontologia de uma instituição pública estadual. A amostra compreendeu 46 alunos que ingressaram no curso no ano de 2008 e no primeiro semestre de 2009. O instrumento de pesquisa consistiu de um formulário específico, sendo os dados apresentados por meio da estatística descritiva. A caracterização sociodemográfica dos discentes revelou que a maioria é do sexo masculino (63%), por outro lado, corroborando com o presente estudo, também são solteiros (100%).

Conforme resultados da literatura expostos, na distribuição do sexo feminino desta pesquisa, nota-se que a maioria das mulheres é solteira, mora com a família. Já o sexo masculino, em sua maioria, caracteriza-se por cursar Odontologia, são solteiros e moram sózinhos.

Com relação à distribuição por período (ano), os resultados indicam os seguintes perfis para cada ano: a) primeiro ano: solteiro, mora sózinho; b) segundo ano: solteiro, mora com amigos, c) terceiro e quarto anos: solteiro e moram com a família. A maioria dos estudantes de ambos os cursos, em todos os anos, não possui dependências de disciplinas, indicando que estes universitários conseguem cumprir os quesitos necessários de cada disciplina para avançarem na estrutura curricular. Outro dado obtido, é que os estudantes do segundo e quarto ano são os que mais possuem dependências em disciplinas, 8,7 e 9,1%, respectivamente. Esta pesquisa não investigou indicadores de desempenho acadêmico destes universitários ao longo dos anos que permitissem a análise mais precisa da representatividade e significado destes dados.

A maioria dos estudantes, em todos os anos, não realizam nem tratamento psiquiátrico e nem fazem uso de medicamentos. São também os períodos do segundo e quarto anos em que encontram-se maior porcentagem de participantes em tratamento psiquiátrico: 20,3 e 27,3%; respectivamente. São escassos os estudos na literatura que abordam os cursos aqui pesquisados em seus respectivos períodos (anos). Embora este estudo não tenha analisado a estrutura curricular dos

curso, sabe-se que com a progressão dos anos, observa-se a solicitação de maior integração, por parte dos alunos, do conteúdo cognitivo e atitudinal entre as disciplinas. Desde o segundo semestre do segundo ano, o curso de Odontologia já inicia algumas clínicas e no terceiro ano, a estrutura curricular do curso de Fonoaudiologia reúne vários estágios clínicos supervisionados, o que pode significar maior sobrecarga nestes anos, pois requer por parte do estudante maior capacidade de integrar os conteúdos teóricos à prática.

6.2 SOBRE OS INDICADORES PSICOSSOCIAIS, SAÚDE MENTAL E HABILIDADES SOCIAIS DOS PARTICIPANTES

Sobre os indicadores de Saúde Mental, os resultados demonstram que tanto para depressão (52,2% na Fonoaudiologia e 47,8% na Odontologia) quanto ansiedade (53,2% na Fonoaudiologia e 46,8% na Odontologia), os grupos clínicos estão bem divididos entre os dois cursos. Com relação ao uso de medicamentos, também nestes dois casos pequena parcela dos participantes faz uso, sendo que o grupo clínico utiliza cerca de 10% mais que o grupo não clínico. No caso da ansiedade (BAI) e da fobia social (MS), os participantes que mais fazem uso de medicamentos estão no segundo ano de graduação (53,2 e 50,8% respectivamente). Não foram encontrados estudos comparativos de indicadores de saúde mental entre os cursos supracitados.

O grupo em “Tratamento Psiquiátrico” desta pesquisa representa uma pequena porcentagem de 14,5% da amostra total. Analisando a distribuição destes participantes em tratamento psiquiátrico, a maioria encontra-se na Fonoaudiologia (59,3%) no segundo (51,8%) e quarto (33,3%) ano, estão em relacionamento sério (55,6%), não possuem dependências em disciplinas (85,2%), não utiliza medicamentos (62,9%) e estão em média 50% deprimidos e/ou ansiosos. Já o grupo que não está em tratamento psiquiátrico, caracteriza-se por: curso de Odontologia, primeiro ano, relacionamento-solteiro, sem dependências, quase todos não utilizam medicamentos e, com relação à depressão e ansiedade, a maioria faz parte do grupo clínico.

Resultados do instrumento MS no presente estudo apresentaram associação significativa com sexo, de forma que as mulheres têm maioria no grupo clínico de fobia social. Em Neves e Dalgalarrrondo (2007), já mencionado na revisão, o sexo feminino foi a variável que mais intensamente se associou a ter um transtorno psiquiátrico. Os resultados indicaram prevalência de 58% de “algum transtorno mental”, 69% em mulheres e 45% em homens ($p=0,001$).

Assim como a baixa porcentagem de estudantes em tratamento psiquiátrico, retomando Baptista et al. (2012), que também utilizaram o Mini-Spin em 2.319 alunos selecionados aleatoriamente em diversos cursos incluindo o de Fonoaudiologia. Apenas dois dos 237 alunos com fobia social (0,8%) já tinham recebido um diagnóstico de fobia social e estavam sob tratamento.

Os estudantes em tratamento psiquiátrico apresentaram indicadores de que possuem mais dificuldades em seu repertório de habilidades sociais, enquanto que aqueles que não estão em tratamento, apresentaram um repertório melhor de habilidades sociais relacionadas ao fator/habilidade da “comunicação e afeto, conversação, expressão de sentimentos positivos e expressão de opiniões”. Nas últimas décadas, vários estudos vem sendo produzidos em psicologia do desenvolvimento, psicopatologia e psicologia clínica acerca das relações entre habilidades sociais, desenvolvimento sócio-emocional e saúde (Del Prette & Del Prette, 1996, 2003). As habilidades estão relacionadas a comportamentos necessários para uma relação interpessoal bem-sucedida, conforme parâmetros típicos de cada contexto e cultura, podendo incluir os comportamentos de iniciar, manter e finalizar conversas; pedir ajuda; fazer e responder a perguntas; fazer e recusar pedidos; defender-se; expressar sentimentos, agrado e desagrado; pedir mudança no comportamento do outro; lidar com críticas e elogios; admitir erro e pedir desculpas e escutar empaticamente, dentre outros (Caballo, 2003).

Paralelamente, os resultados deste estudo também apresentaram que estudantes que não fazem uso de medicamentos psiquiátricos também apresentaram melhor repertório na habilidade de: comunicação e afeto, conversação, expressão de sentimentos positivos e expressão de opiniões. Há evidências crescentes de que déficits nas habilidades estão correlacionados com fraco desempenho acadêmico, abuso de drogas, crises conjugais e desordens emocionais variadas, como transtornos de ansiedade (Del Prette & Del Prette,

2001a, 2002, 2003); tornando o indivíduo mais propenso ao uso de substâncias psicoativas. O presente estudo não incluiu instrumentos para o rastreio de problemas com uso de álcool e outras drogas. Fica indicado tal investigação em futuros estudos pois podem adicionar informações importantes sobre os indicadores de saúde mental nesta população.

A carga horária excessiva e a ansiedade progressiva com a finalização do curso merecem maior atenção no processo de mudança curricular como evidenciado por Rezende et al. (2008) que obtiveram a prevalência de sintomas depressivos superior à encontrada na literatura em estudantes de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia por meio do BDI, ou seja, 79% (29% de grau leve; 31% moderado e 19,25% grave). Do total de estudantes avaliados, 72% referiram nunca terem feito tratamento psicológico, 24% já fizeram, sendo que apenas 16 acadêmicos (4%) estavam em tratamento, dos quais 15 eram do sexo feminino. A maioria dos estudantes não havia feito tratamento psiquiátrico (93,00%), enquanto 5,25% já se submeteram à terapêutica, 1,25% estão com tratamento em andamento e 0,50%, ou seja, 2 acadêmicos, não responderam. Os resultados finais indicaram uma proporção de sintomas nesta população com predomínio de escores mais elevados no sexo feminino. Os tratamentos psicológicos e psiquiátricos, quando relatados, decorreram em escores mais baixos, apontando a necessidade de apoio institucional e ampliação de acesso aos programas existentes.

Este estudo aponta que o sexo feminino possui maior pontuação no F1 do QHCU (Comunicação e afeto, conversação, expressão de sentimentos positivos e expressão de opiniões), enquanto o masculino se sobressai no F1 do IHS (Enfrentamento e autoafirmação com risco). Os estudantes com maior número de dependências em disciplinas possuem maior dificuldade (QHCU DIF) em suas habilidades.

Segundo Del Prette et al. (2004), ao investigarem 564 universitários de cursos de Psicologia constataram que as habilidades sociais mais frequentemente relatadas são habilidades assertivas condizentes ao Fator 1 do IHS-Del Prette (Enfrentamento e Autoafirmação com Risco), de Conversação e Desenvoltura Social (Fator 3) e de Autoexposição a Desconhecidos e Situações Novas (Fator 4) e menor frequência em Expressão de Afeto Positivo (Fator 2) e de Autocontrole da

Agressividade (Fator 5). Os autores concluem que os homens são mais habilidosos para os Fatores 1 (Enfrentamento e Autoafirmação com Risco), 4 (Autoexposição a Desconhecidos e Situações Novas) e 5 (Autocontrole da Agressividade), e as mulheres o são para o Fator 2 (Expressão de Afeto Positivo). Quanto à comunicação (Fator 3), não identificaram diferenças entre os sexos; contrariamente ao presente estudo.

Já com relação aos dados de “Ano/Período” deste estudo, percebemos que os estudantes do terceiro e principalmente do quarto ano possuem melhor repertório de habilidades sociais (IHS score total), IHS F1 (Enfrentamento e autoafirmação com risco) e QHCU F3 (Falar em público e apresentar seminários). Enquanto isso, os alunos do segundo e principalmente do primeiro ano, apresentaram repertório mais fraco em habilidades sociais. Da mesma forma, em pesquisa realizada com 85 estudantes universitários do curso de Desenho Industrial, utilizando-se o Questionário de Habilidades Sociais para Universitários - Comportamentos e Contexto e o Inventário de habilidades Sociais (IHS), tendo por objetivo descrever as habilidades sociais apresentadas ao longo dos anos de graduação, verificando a comparação de grupos de estudantes de diferentes anos (1º e 2º, 1º e 3º, 2º e 3º) dos períodos integral e noturno e de homens e mulheres e à apresentação das análises funcionais das interações, considerando os comportamentos e contextos mais frequentes. (BOLSONI-SILVA et al., 2010). Os resultados apontaram diferenças entre homens e mulheres e entre os períodos integral e noturno. As maiores diferenças residiram nas comparações entre os anos, indicando que os primeiros e segundos anos necessitam de maiores investimentos em intervenções, pois apresentam maiores dificuldades em comportamentos de comunicação, expressividade e resolução de conflitos.

Tais resultados sugerem que estudantes desenvolvem habilidades sociais ao longo dos anos, mas também que os anos iniciais do curso demanda diferentes habilidades para a adaptação inicial (habilidades sociais acadêmicas, mudança na forma de estudar, estabelecer novos relacionamentos, assumir compromissos, mudar de residência, autocuidados e etc) enquanto que o último ano do curso estimula o desenvolvimento de habilidades sociais profissionais. Contrariamente ao estudo de Romero e Abramides (2009) que não encontrou diferença estatisticamente significativa entre os repertórios de habilidades sociais dos quatro

anos do curso de Fonoaudiologia, o que foi sugestivo da falta de investimento na promoção destas habilidades, o que resultou em propostas para treino destas habilidades no conteúdo programático curricular. Desta forma, a análise das diferentes demandas de contexto devem ser contempladas no delineamento de futuros estudos junto a esta população.

Bernardo (2010) estudou o nível de ansiedade e depressão entre alunos do curso de graduação em Odontologia, da FOP-Unicamp, e apontou que o ambiente acadêmico vem sendo apontado, em alguns estudos, como fator causal de ansiedade e depressão em diversos níveis. Algumas situações específicas como morar longe de casa, proximidade das provas, prazo de entrega de trabalho e até mesmo relacionamento professor/aluno, podem ser geradores de ansiedade e depressão na graduação. Os resultados mostraram níveis diversos de ansiedade e depressão entre os alunos de cada ano do curso. Os alunos do 3º e do 4º ano são os que apresentam com maior frequência, ansiedade em níveis mais elevados. Nenhum aluno apresentou sintomas de severos de depressão. Entretanto, os alunos do 2º e do 3º ano foram os que mais apresentaram depressão em nível moderado.

Com relação aos dados da categoria “Moradia” em todos os fatores que apresentaram comparação significativa (IHS T, IHS F2, IHS F4, QHCU F1, QHCU F3, QHCU POT), os estudantes que moram com amigos apresentaram melhor repertório de Habilidades. Já os estudantes que moram sozinhos foram os que apresentaram repertório mais fraco dentre as habilidades estudadas (em quatro das seis habilidades apresentadas cuja comparação foi significativa). Não foram localizados estudos em que a variável de moradia tenha sido correlacionada com repertório de habilidades em estudantes universitários. Entretanto, Retomando Domínguez, Hederich e Sañudo (2010) e as três categorias de estressores acadêmicos: as variáveis pessoais, as variáveis do contexto acadêmico e do contexto ambiental ou social. Em relação a este último, os autores apontaram o feedback dos colegas, a participação de atividades culturais e recreativas, relacionamento entre pares, apoio social da família e recursos econômicos. Neste sentido, é possível inferir que estudantes que moram com amigos (em detrimento daqueles que moram sozinhos) estão expostos a um maior número de oportunidades/relacionamento interpessoal para emissão de comportamentos e recepção de feedbacks, favorecendo assim o reforço de comportamentos habilidosos e extinção dos não habilidosos. Para Resende e colaboradores (2006),

as redes sociais podem desempenhar papel protetivo para o desenvolvimento humano auxiliando no desenvolvimento de habilidades sociais e de competência adaptativas, possibilitando o manejo de emoções e do estresse, orientando cognitivamente e afetivamente, oferecendo significado e coerência a vida e ainda, favorecendo o aprendizado de novas informações. É possível seguir o mesmo raciocínio ao se discutir os resultados das variáveis de relacionamento, estudantes que estão em relacionamento sério possuem melhor repertório de habilidades sociais em QHCU F1 (Comunicação e afeto, conversa, expressão de sentimentos positivos e expressão de opiniões) e QHCU POT (Comportamento habilidoso, consequência positiva, sentimentos positivos) do que os solteiros.

6.3 COMPARAÇÃO ENTRE OS INDICADORES DE SAÚDE MENTAL E HABILIDADES SOCIAIS

Na comparação entre os resultados dos indicadores de depressão do BDI com os indicadores de habilidades sociais do IHS e do QHCU, verificou-se que o grupo não clínico em depressão, possui melhor repertório de habilidades sociais nos seguintes fatores:

- IHS T: representado pelo escore total, refere-se ao repertório de Habilidades Sociais de forma geral, considerando a maior parte dos fatores/ itens ou equilíbrio entre recursos e déficits nesses itens/fatores;
- IHS F1: enfrentamento e autoafirmação com risco, relacionado a situações de afirmação, defesa de direitos e de autoestima;
- IHS F2: autoafirmação na expressão de afeto positivo, que retrata expressão de afeto positivo e de afirmação da autoestima;
- QHCU F1: expressividade (Sentimentos positivos, negativos e opiniões);
- QHCU F3: falar em público (dificuldade em apresentar seminários e falar para público desconhecido).

Já o grupo clínico, apresentou maior média nas dificuldades do QHCU (DIF), fator correspondente aos comportamentos não habilidosos, consequências negativas e sentimentos negativos.

Entende-se por estes resultados que os estudantes com melhor repertório de habilidades sociais na maioria dos fatores analisados corresponde ao grupo não clínico em depressão, ou seja, aqueles com depressão, apresentaram um repertório mais empobrecido de habilidades sociais.

Para Magalhães e Murta (2003), as dificuldades em habilidades sociais, normalmente, envolvem conflitos interpessoais; má qualidade de vida; problemas psicológicos, como timidez e desajustamento escolar que podem ser precursores do desenvolvimento de desordens como depressão, pânico e esquizofrenia.

Bolsoni-Silva e Carrara (2010) sugerem a possibilidade de que parte significativa dos problemas comportamentais é mantida pela produção de reforçadores positivos e negativos, requerendo, para o seu entendimento, a avaliação desse repertório. Sujeitos com depressão apresentam uma grande dificuldade quanto ao repertório de habilidades sociais, dessa forma, o grupo clínico pode obter poucos reforçadores nas interações sociais (FERSTER, 1973), justificando o quadro de depressão que apresenta.

Bolsoni-Silva e Loureiro (2014) compararam os indicadores comportamentais de habilidades sociais apresentados por universitários com ansiedade social em relação a um grupo não clínico e verificaram o valor preditivo das habilidades sociais para a ansiedade social. Participaram do estudo 288 estudantes universitários, 144 com Transtorno de Ansiedade e 144 não clínicos. A partir dos resultados, as autoras concluíram que quanto maior a frequência de comunicação e afeto, maior será a probabilidade de obtenção de efeitos positivos e uma sensação positiva associada. Complementando o raciocínio, em outro estudo, Bolsoni-Silva e Guerra (2014) investigaram se condições aversivas na universidade podem ter grande influência no aproveitamento acadêmico e no desenvolvimento de transtornos psiquiátricos. Para tanto, compararam um grupo de estudantes universitários clínico com não clínico para depressão em relação às consequências e sentimentos que diferentes respostas de habilidades sociais podem ter em interações sociais com diversos interlocutores. Participaram 128 estudantes, sendo 64 clínicos para depressão e 64 não clínicos. Foram aplicados os Questionários de

Avaliação de Comportamentos e Contextos para Universitários (QHC – Universitários), Inventário de Fobia Social (Mini-Spin), Inventário de Depressão de Beck (BDI) e Entrevista clínica estruturada para o DSM-IV (SCID-I). Os dados foram analisados a partir do teste *t* de Student. Os resultados demonstram que os universitários com depressão apresentam importante déficit quanto ao repertório de habilidades sociais. Para a autora, ainda que existam estudos preocupados em avaliar o repertório de habilidades sociais em universitários poucos são aqueles que o fazem na interface com a saúde mental.

Analisando cada um dos fatores de HS cujas médias foram altas, pode-se inferir que habilidades bem desenvolvidas no que se refere ao enfrentamento de situações de risco, fazer valer seus direitos de forma assertiva, expressão de afeto positivo e afirmação da autoestima, habilidades de expressividade de opiniões/críticas, falar em público são recursos pessoais muito importantes para manutenção de um quadro não clínico em saúde mental; tendo em vista todo contexto anteriormente exposto a que está submetido o universitário.

Na comparação entre os resultados dos indicadores de ansiedade do BAI com os indicadores de habilidades sociais do IHS e do QHCU, verificou-se que o grupo não clínico em ansiedade, possui melhor repertório de habilidades sociais nos seguintes fatores:

- IHS F4: autoexposição a desconhecidos (abordagem a pessoas desconhecidas) e situações novas;
- IHS F5: autocontrole da agressividade (reúne itens de reação a estimulações aversivas do interlocutor, com controle da raiva e agressividade);
- QHCU F1: expressividade (sentimentos positivos, negativos e opiniões);
- QHCU F3: falar em público (dificuldade em apresentar seminários e falar para público desconhecido).

Já o grupo clínico, apresentou maior média nas dificuldades do QHCU (DIF), fator correspondente aos comportamentos não habilidosos, consequências negativas e sentimentos negativos. Tal resultado também foi encontrado no estudo de Bandeira et al. (2005), com 135 universitários, que constatou uma comparação negativa significativa entre assertividade e grau de ansiedade ($r=-0,55$). Os autores

avaliaram o comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, locus de controle e autoestima por meio das escalas de assertividade de Rathus, locus de controle de Levenson, autoestima de Dela Coleta e a escala de ansiedade IDATE-traço. Os resultados indicaram que os estudantes da área de Ciências Exatas apresentaram escores mais elevados de assertividade e de autoestima e escores menos elevados de ansiedade do que os de ciências humanas. Não houve diferença significativa de sexo. Os resultados mostraram uma comparação positiva significativa entre os escores de assertividade e o grau de internalidade ($r=0,23$) e de autoestima ($r=0,54$). Esses resultados confirmam dados da literatura, indicando que o comportamento assertivo está relacionado a baixa ansiedade e à alta internalidade e a alta autoestima.

Outros estudos também apontam tal relação. Creed e Funder (1998) constataram que sujeitos ansiosos eram vistos por seus pares e se autoavaliavam como assertivamente não habilidoso, além de apresentarem baixa competência social, avaliada por meio de observação direta do comportamento, em situações interpessoais de desempenho de papéis. Strahan (2003), obtiveram correlações negativas significativas entre habilidades sociais e ansiedade social, medidas através de escalas de autoavaliação. Angélico, Crippa e Loureiro (2012) analisaram as associações entre as manifestações clínicas e comportamentais do Transtorno de Ansiedade e os resultados obtidos indicaram que quanto mais elaborado for o repertório de habilidades sociais de um indivíduo, menor será a sua probabilidade de satisfazer os critérios de rastreamento de indicadores diagnósticos para este transtorno.

Bolsoni-Silva e Loureiro (2014) buscaram comparar os indicadores comportamentais de habilidades sociais apresentados por universitários com ansiedade social em relação a um grupo não clínico e verificar o valor preditivo das habilidades sociais para a ansiedade social. Participaram do estudo 288 estudantes universitários, 144 com Transtorno de Ansiedade e 144 não clínicos. Utilizou como instrumentos Questionário de Avaliação de Habilidades Sociais, Comportamentos e Contextos para Universitários-QHC e IHS-Del-Prette. Os indicadores de saúde mental foram avaliados por instrumentos de rastreamento e diagnóstico. Através de análises multivariadas constatou-se associação entre habilidades sociais e ansiedade, destacando-se o falar em público, potencialidades, dificuldades e escore

total de habilidades sociais como preditores de ansiedade social, o que contribuiu para evidenciar os recursos e as dificuldades que contribuem para tal.

Avaliando as altas médias nas habilidades: autoexposição a estranhos, autocontrole da agressividade, expressividade de sentimentos e falar em público, é possível entender porque um indivíduo com tal repertório de habilidades tende a não sofrer de transtorno de ansiedade. A habilidade de falar em público se repete, sugerindo sua importância para o estudante universitário.

Na comparação dos resultados dos indicadores de fobia social (MS) com IHS e QHCU, verificou-se que o grupo não clínico em fobia social, possui melhor repertório de habilidades sociais nos seguintes fatores:

- IHS T: representado pelo escore total, refere-se ao repertório de Habilidades Sociais de forma geral, considerando a maior parte dos fatores/ itens ou equilíbrio entre recursos e déficits nesses itens/fatores;
- IHS F1: enfrentamento e autoafirmação com risco, relacionado a situações de afirmação, defesa de direitos e de autoestima;
- IHS F2: autoafirmação na expressão de afeto positivo, que retrata expressão de afeto positivo e de afirmação da autoestima;
- IHS F4: autoexposição a desconhecidos (abordagem a pessoas desconhecidas) e situações novas;
- QHCU F3: falar em público (dificuldade em apresentar seminários e falar para público desconhecido).

Assim como nos casos de depressão e ansiedade, o grupo clínico em fobia social apresentou maior média nas dificuldades do QHCU (DIF). O grupo não clínico possui em seu repertório habilidades relacionadas a: enfrentamento de riscos, autoafirmação, expressividade, autoexposição, falar em público.

Angélico, Crippa e Loureiro (2006) pesquisaram em indexadores Medline, PsycINFO, Lilacs e Scielo, no período de 2000 a 2005, estudos empíricos que abordem a fobia social e suas associações às habilidades sociais, visando a análise crítica das metodologias empregadas nesses estudos. Destes, os estudos de caracterização de perfis (10), relataram que os pacientes com fobia social

apresentaram habilidades sociais mais deficitárias, apontando para o benefício potencial da participação em programas de THS.

Estudo de Rocha (2012) sugere a possível correlação significativa entre a presença de um bom repertório de habilidades sociais em oposição a presença/manutenção/desenvolvimento do quadro de fobia social a partir dos resultados obtidos quanto aos efeitos de um procedimento de intervenção comportamental que inclui treino de habilidades sociais para universitários com fobia social. As habilidades sociais e o diagnóstico do transtorno dos participantes foram avaliados antes da intervenção, após, e em seguimento, quatro meses depois, com a aplicação da SCID-I, do Mini-Inventário de Fobia Social (Mini-Spin), do Questionário de Avaliação de Comportamentos e Contextos de Vida para Estudantes Universitários (Q-ACC-VU) e do Inventário de Habilidades Sociais (IHS). Os resultados indicaram que os participantes apresentavam déficits substanciais no repertório de habilidades sociais e, após a intervenção os participantes deixaram de apresentar o diagnóstico para fobia social e mostraram aumento no repertório de habilidades sociais, bem como maior interação com interlocutores e melhor avaliação do próprio desempenho, superando diversas dificuldades relacionadas ao transtorno e à vida universitária.

O estudante universitário ao ingressar na Universidade depara-se com uma variedade de situações inéditas, envolvendo: pessoas diferentes, novas demandas de estudo e de trabalho, novos relacionamentos e para alguns, novas moradias e formas de se viver. Neste contexto, o presente estudo voltado para graduandos do curso de Odontologia e Fonoaudiologia, nos traz que aqueles universitários que possuem em seu repertório habilidades sociais como: Enfrentamento e auto-afirmação, Auto-exposição a desconhecidos e situações novas, Conversação e expressão de opiniões e Falar em público; foram também aqueles que tiveram menores índices de presença de doenças como ansiedade, depressão e fobia social.

Estes resultados confirmam que habilidades sociais bem desenvolvidas podem ser recursos de proteção para garantia da saúde emocional do indivíduo. A Universidade, ao atentar para a importância do mapeamento e treinamento de habilidades sociais, em especial as aqui mencionadas, estaria apoiando a saúde

psíquica e emocional de seus alunos, agregando valor à vida pessoal, social e profissional deles.

Novos estudos devem ser estabelecidos para maior aprofundar conhecimento acerca das diferenças entre tipo de moradia e as variáveis de contextos em cada ano do curso. Os resultados deste estudo não apresentaram diferenças significativas de habilidades sociais por curso (Fonoaudióloga / Odontologia).

7 CONCLUSÃO

7 CONCLUSÃO

O presente estudo propôs-se a pesquisar o perfil do estudante universitário de Odontologia e Fonoaudiologia da FOB-USP englobando dados sociodemográficos, indicadores de saúde mental (depressão, ansiedade e fobia social) e habilidades sociais bem como a comparação entre os grupos com e sem problemas de saúde mental em relação ao repertório de habilidades sociais e dados sócio-demográficos.

Os dados mostram, de forma geral, que estes estudantes são em sua maioria: mulheres, solteiras, sem dependências em disciplinas, não realizando tratamento psiquiátrico ou fazendo uso de medicamentos psiquiátricos. O sexo masculino é a minoria e está presente principalmente no curso de Odontologia.

Os grupos clínicos - tanto em depressão quanto ansiedade, estão bem divididos entre os dois cursos em relação ao sexo. Já o grupo clínico de fobia social apresentou associação significativa com sexo feminino.

Os grupos não clínicos - em depressão, ansiedade e fobia social - apresentam melhor repertório de habilidades sociais, representado por habilidades como: enfrentamento de situações de risco, fazer valer seus direitos de forma assertiva, expressão de afeto positivo, afirmação da autoestima, habilidades de expressividade de opiniões/críticas, falar em público, autoexposição a desconhecidos, autocontrole a agressividade.

Os grupos clínicos em depressão, ansiedade e fobia social apresentam maiores escores em dificuldades no campo das habilidades sociais (comportamentos não habilidosos, consequências negativas e sentimentos negativos).

Com relação ao repertório de habilidades sociais, o presente estudo apresentou diferenças significativas entre sexos, variáveis de moradia, relacionamento e período do curso. No caso deste último, sugere a necessidade de voltar a atenção aos primeiros anos dos cursos estudados, tendo em vista que os resultados nos testes de habilidades sociais apresentaram um repertório com menos

habilidades, tornando-os mais propensos ao desenvolvimento de doenças como depressão, ansiedade e fobia social.

Este estudo mostra-se importante na medida em que não foram localizados estudos nas áreas de Fonoaudiologia e Odontologia que trouxessem resultados de comparações entre habilidades sociais e indicadores de saúde mental.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

- AL-SAMADANI, K. H.; AL-DHARRAB, A. The perception of stress among clinical dental students. **Word J Dent**, v. 4, n. 1, p. 24-28, 2013.
- ANDRADE, A. G. et al. Uso de álcool e drogas entre alunos de graduação da Universidade de São Paulo (1996). **Rev ABP-APAL**, v. 19, n. 2, p. 53-9, 1997.
- ANGÉLICO, A. P.; CRIPPA, J. A. S.; LOUREIRO, S. R. Fobia social e habilidades sociais: uma revisão da literatura. **Interação em Psicologia**, v. 10, n. 1, 2006.
- ANGÉLICO, A. P.; CRIPPA, J. A. S.; LOUREIRO, S. R. Utilização do Inventário de Habilidades sociais no diagnóstico do Transtorno de Ansiedade Social. **Psicol Reflex Crit**, Porto Alegre, v. 25, n. 3, p. 467-476, 2012.
- BACCI, A. V. F.; CARDOSO, C. L.; PASIAN, S. R. Locus de controle em estudantes de odontologia: uma contribuição para o estudo de aspectos da personalidade. **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v. 56, n. 1, p. 36-41, 2002.
- BACKER, T. E. **Evaluating community collaborations**. New York: Springer, 2003.
- BANDEIRA, M. et al. Qualidades psicométricas do Inventário de Habilidades Sociais (IHS): estudo sobre a estabilidade temporal e a validade concomitante. **Estud Psicol**, Natal, v. 5, n. 2, p. 401-419, dez. 2000.
- BANDEIRA, M. et al. Comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, locus de controle e auto-estima em estudantes universitários. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 22, n. 2, p. 111-121, 2005.
- BAPTISTA, C. A. et al. Social phobia in Brazilian university students: prevalence, under-recognition and academic impairment in women. **J Affect Disord**, v. 136, n. 3, p. 857-861, 2012.
- BARCHIFONTAINE, C. P. Bioética, cidadania e controle social. **Mundo saúde (Impr.)**, v. 28, n. 3, p. 246-251, 2004.
- BARRETO, M.C.M.; PIERRI, M.R.S.R; DEL PRETTE, Z.A.P.; DEL PRETTE, A. 2004. Habilidades sociais entre jovens universitários: um estudo comparativo. **Revista matemática estatística**, 22(1):31-42.
- BATHLA, M. et al. Evaluation of anxiety, depression and suicidal intent in undergraduate dental students: a cross-sectional study. **Contemp Clin Dent**, v. 6, n. 2, p. 215-222, Apr./June 2015.
- BERNARDO, I. C. **Investigação do nível de ansiedade e sintomas de depressão entre alunos de graduação em Odontologia**. 2010. Trabalho de Conclusão (Graduação) - Faculdade de Odontologia de Piracicaba, Universidade Estadual de Campinas, Piracicaba, SP, 2010.

BOLSONI-SILVA, A. T. Habilidades sociais: breve análise da teoria e da prática à luz da análise do comportamento. **Interação em Psicologia**, v. 6, n. 2, p. 233-242, 2002.

BOLSONI-SILVA, A. T. **Habilidades sociais e saúde mental de estudantes universitários**: construção e validação do Q-ACC-VU e estudos clínicos em análise do comportamento. 2011. Tese (Livre-Docência) - Faculdade de Ciências, Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Bauru, SP, 2011.

BOLSONI-SILVA, A. T.; CARRARA, K. Habilidades sociais e análise do comportamento: compatibilidades e dissensões conceitual-metodológicas. **Psicol Rev (Belo Horizonte)**, Belo Horizonte, v. 16, n. 2, p. 330-350, ago. 2010.

BOLSONI-SILVA, A. T.; GUERRA, B. T. O impacto da depressão para as interações sociais de universitários. **Estud Pesqui Psicol**, v. 14, n. 2, p. 429-452, 2014.

BOLSONI-SILVA, A. T.; LOUREIRO, S. R. Anxiety and depression in Brazilian undergraduate students: the role of sociodemographic variables, undergraduate course characteristics and social skills. **Br J Appl Sci Technol**, v. 5, n. 3, p. 297-307, 2015a.

BOLSONI-SILVA, A. T.; LOUREIRO, S. R. Social Skills of Undergraduates Without Mental Disorders: Academic and Socio-Demographic Variables. **Psico-USF** v. 20, n.3, p.447-459, 2015b.

BOLSONI-SILVA, A. T.; LOUREIRO, S. R. The Role of Social Skills in Social Anxiety of University Students. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 58, p. 223-232, Aug. 2014. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-863X2014000200223&lng=en&nrm=iso>. access on 24 Mar. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-43272458201410>.

BOLSONI-SILVA, A. T. et al. Caracterização das habilidades sociais de universitários. **Contextos Clínicos**, v. 3, n. 1, p. 62-75, 2010.

BRASIL. Resolução CNE/CES n. 3, de 19 de fevereiro de 2002. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia**. 2002a. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES032002.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2016.

BRASIL. Resolução CNE/CES n. 5, de 19 de fevereiro de 2002. **Institui Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Fonoaudiologia**. 2002b. Disponível em: <<http://www.fonoaudiologia.org.br/cffa/index.php/diretrizes-curriculares>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

BRUSTOLIN, J. et al. Perfil do acadêmico de odontologia da Universidade do Planalto Catarinense – Lages – SC, Brasil. **Rev ABENO**, São Paulo, v. 6, n.1, p. 70-76, jul./dez. 2006.

CABALLO, V. E. El entrenamiento en habilidades sociales. In: _____ (Org.), **Manual de técnicas de terapia y modificación de conducta**. Madrid: Siglo Veintiuno, 1991. p. 403-443.

CABALLO, V. E. **Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales**. Madrid: Siglo Veintiuno, 1993.

CABALLO, V. E. Una aportación española a los aspectos moleculares, a la evaluación y al entrenamiento de las habilidades sociales. **Revista Mexicana de Psicología**, v. 12, n. 2, p. 121-131, 1995.

CABALLO, V. E. **Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento**. 2. ed. São Paulo: Santos, 2007.

CAVALCANTI, A. L. et al. Motivos de ingresso e de evasão dos acadêmicos de Odontologia de uma instituição pública. **Rev Odontol UNESP**, v. 39, n. 2, p. 95-9, 2010.

CECCONELLO, A. M.; KOLLER, S. H. Competência social e empatia: um estudo sobre resiliência com crianças em situação de pobreza. **Estudos de psicologia**, Natal, v. 5, n. 1, p. 71-93, jan./jun. 2000.

CERCHIARI, E. A. N. **Saúde mental e qualidade de vida em estudantes universitários**. 2004. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) - Faculdade de Ciências Médicas – FCM, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2004.

CIARROCHI, J.; DEANE, F. P.; ANDERSON, S. Emotional intelligence moderates the relationship between stress and mental health. **Personality and individual differences**, v. 32, n. 2, p. 197-209, 2002.

CONNOR, K. M. et al. Psychometric properties of the Social Phobia Inventory (SPIN) New self-rating scale. **Brit J Psychiatry**, v. 176, n. 4, p. 379-386, 2000.

CORRÊA, C. I. M. **Habilidades sociais e educação: programa de intervenção para professores de uma escola publica**. 2008. 140 f. Tese (Doutorado Educação) - Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Marília, 2008.

COSTA, E. F. O. et al. Sintomas depressivos entre internos de medicina em uma universidade pública brasileira. **Rev Assoc Med Bras**, São Paulo, v. 58, n. 1, p. 53-59, Feb. 2012.

COSTA, S. M.; DURÃES, S. J. A.; ABREU, M. H. N. G. Feminização do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. **Ciênc Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1865-1873, jun. 2010.

CREED, A.; FUNDER, D. Social anxiety: from the inside and outside. **Personality and Individual Differences**, v. 25, n. 1, p. 19-33, 1998.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das escalas Beck**. Tradução e adaptação brasileira. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. Psicologia, identidade social e cidadania: o espaço da educação e dos movimentos sociais. **Educação e Filosofia**, v. 10, n. 20, p. 203-223, 1996.

DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Psicologia das relações interpessoais**: vivências para o trabalho em grupo. Petrópolis: Vozes, 2002.

DEL PRETTE, A. et al. Efeitos de uma intervenção sobre a topografia das habilidades sociais de professores. **Psicol Esc Educ**, Campinas, v. 2, n. 1, p. 11-22, 1998.

DEL PRETTE, Z. A. P. et al. Habilidades sociais de estudantes de Psicologia: um estudo multicêntrico. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 17, n. 3, p. 341-350, 2004

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais**: terapia e educação. Petrópolis: Vozes, 1999.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Habilidades sociais e educação: Pesquisa e atuação em psicologia escolar/ educacional. In: DEL PRETTE, Z. A. P. (Org.). **Psicologia escolar e educacional**: saúde e qualidade de vida. Campinas, SP: Alínea. 2001a. p. 113-141.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette)**: manual de apuração e interpretação. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2001b.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Habilidades sociais e dificuldades de aprendizagem: Teoria e pesquisa sob um enfoque multimodal. In: _____ (Orgs.). **Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem**: questões conceituais, avaliação e intervenção. Campinas, SP: Alínea, 2003. p. 167-206.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Sistema multimídia de habilidades sociais para crianças**. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2005.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. **Psicologia das habilidades sociais**: terapia e educação, Petrópolis: Vozes, 2008.

DEL PRETTE, Z. A. P.; DEL PRETTE, A. Habilidades sociais e análise do comportamento: proximidade histórica e atualidades. **Perspectivas em análise do comportamento**, v. 1, n. 2, p. 104-115, 2010.

DOMÍNGUEZ, C. C. C.; HEDERICH, C.; SAÑUDO, J. E. P. El burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición. **Revista Latinoamericana de Psicología**, v. 42, n. 1, p. 131-146, 2010.

DOS SANTOS, A. C. M.; DE LUCCIA, G. Perfil dos estudantes de Fonoaudiologia segundo o Exame Nacional de Desempenho de Estudantes. **Distúrb Comun**, v. 27, n. 3, 2015.

DYRBYE, L. N. et al. Burnout and suicidal ideation among US medical students. **Ann Intern Med**, v. 149, n. 5, p. 334-341, Sept. 2008.

FERSTER, C. B. A functional analysis of depression. **American Psychologist**, v. 28, n. 10, p. 857-870, 1973.

FANG, A.; HOFMANN, S. G. Relationship between social anxiety disorder and body dysmorphic disorder. **Clin Psychol Rev**, v. 30, n. 8, p. 1040-1048, 2010.

FIGUEIREDO, L. C. M. **Revisitando as psicologias**: da epistemologia à ética nas práticas e discursos psicológicos. São Paulo: EDUC, Petrópolis: Vozes, 1995.

FINGER, I. R. **Validade de construto do Inventário de depressão de Beck- II (BDI-II) em uma população universitária**. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.

FONSECA, E. P. As Diretrizes Curriculares Nacionais e a formação do cirurgião-dentista brasileiro. **JMPHC. Journal of Management and Primary Health Care**, v. 3, n. 2, p. 158-178, 2013.

FURTADO, E. S.; FALCONE, E. M. O.; CLARK, C. Avaliação do estresse e das habilidades sociais na experiência acadêmica de estudantes de medicina de uma universidade do Rio de Janeiro. **Interação em Psicologia**, v. 7, n. 2, p. 43-51, 2003.

GALÁN, F. et al. Burnout, depression and suicidal ideation in dental students. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 19, n. 3, p. e206-e2011, May 2014.

GALASSI, M. S.; SANTOS-PINTO, L.; SCANNAVINO, F. L. F. Expectativas do cirurgião-dentista em relação ao mercado de trabalho **Rev Assoc Paul Cir Dent**, v. 58, n. 1, p. 67-70, 2004.

GERK-CARNEIRO, E. Inteligência social como vertente cognitiva da competência social. In: DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. (Orgs.). **Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem**: questões conceituais, avaliação e intervenção. Campinas: Alínea, 2003. p. 129-146.

GORTER, R. et al. Psychological stress and health in undergraduate dental students: fifth year outcomes compared with first year baseline results from five European dental schools. **Eur J Dent Educ**, v. 12, n. 2, p. 61-68, May 2008.

GRESHAM, F. M. Análise do comportamento aplicada às habilidades sociais. In: DEL PRETTE, A.; DEL PRETTE, Z. A. P. (Orgs.). **Psicologia das habilidades sociais**: diversidade teórica e suas implicações. Petrópolis: Vozes, 2009. p. 17-66.

GRIBOSKI, C. M. Educação Superior Brasileira: considerações sobre a política de avaliação na área da saúde. **Gestão e Saúde**, v. 3, n. 1, p. 586-607, 2012. Disponível em: <<http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/view/149>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

GUIMARÃES, F. A. F.; MELLO, A. L. S. F.; PIRES, R. O. M. Formação Profissional em Odontologia: revisão de literatura. **Revista de Saúde Pública de Santa Catarina**, v. 7, n. 3, p. 75-87, 2015.

HUMPHRIS, G. A review of burnout in dentists. **Dent Update**, v. 25, n. 9, p. 392-396, 1998.

INOCENTE, J. J. et al. A avaliação de certos fatores psicossociais e o impacto na saúde dos cirurgiões dentistas brasileiros. ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA, 11. E ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO DA UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAÍBA, 7., 2007, São José dos Campos. **Anais...** São José dos Campos, 2007. p. 2047-9.

JUNQUEIRA, J. C. et al. Quem é e o que pensa o graduando de odontologia. **Rev Odontol UNESP**, v. 31, n. 1/2, p. 269-284, 2002.

LAWI, E. R. J. A. **Perfil de hábitos de leitura e qualidade de vida de alunos ingressantes em 2014, de odontologia e fonoaudiologia da Faculdade de Odontologia da USP de Bauru, São Paulo**. 2015. Dissertação (Mestrado em Ortodontia e Odontologia em Saúde Coletiva) - Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo, Bauru, 2015.

MAGALHÃES, P. P.; MURTA, S. G. Treinamento de habilidades sociais em estudantes de psicologia: um estudo pré-experimental. **Temas em Psicologia**, v. 11, n. 1, p. 28-37, 2003.

MARCELINO, G. **Avaliação do perfil profissional e percepção social de cirurgiões-dentistas do município de Araçatuba-SP frente aos avanços ocorridos na odontologia às vésperas do século XXI**. 2000. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Odontologia da Universidade Estadual Paulista "Júlio de Mesquita Filho" UNESP, Araçatuba, 2000.

MARQUES, L. C.; TAVANO, L. D. Ansiedade traço-estado em estudantes universitários. **Revista Científica Eletrônica de Psicologia**, v. 1, n. 2, maio, 2004.

MARTELLI JÚNIOR, H. et al. Perfil dos egressos do curso de odontologia da Universidade Estadual de Montes Claros. **Arq Odontol**, Belo Horizonte, v. 43, n. 4, p. 131-136, out/dez. 2007.

MARTINS, M. C. F. N. **A transição estudante-fonoaudiológico: estudo qualitativo sobre a vivência dos primeiros atendimentos**. 1998. Tese (Doutorado) - Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 1998.

MATOS, I. B.; TOASSI, R. F. C.; OLIVEIRA, M. C. Profissões e ocupações de saúde e o processo de feminização: tendências e implicações. **Athenea digital**, v. 13, n. 2, p. 239-244, 2013. Disponível em: <<http://atheneadigital.net/article/download/Matos/pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde. Atenção em Saúde Mental. **Linha Guia da Saúde Mental**. 2. ed. Belo Horizonte: SAS/MG, 2007.

MURTA, S. G. Aplicações do treinamento em habilidades sociais: análise da produção nacional. **Psicol Reflex Crit**, v. 18, n. 2, p. 283-291, 2005.

NEVES, M. C. C.; DALGALARRONDO, P. Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários. **J Bras Psiquiatr**, v. 56, n. 4, p. 237-244, 2007.

NEWBURY-BIRCH, D.; LOWRY, R. J.; KAMALI, F. The changing patterns of drinking, illicit drug use, stress, anxiety and depression in dental students in a UK dental school: a longitudinal study. **Br Dent J**, v. 192, n. 11, p. 646-649, June 2002.

OLIVEIRA, D. L. et al. Perfil do aluno de odontologia da universidade estadual do sudoeste da Bahia – UESB, **Rev.Saúde.Com**, v. 9, n. 3, p. 169-178, 2013. Disponível em: <<http://www.uesb.br/revista/rsc/v9/v9n3a03.pdf>>. Acesso em: 10 fev. 2016.

OSORIO, F. L. **Transtorno de ansiedade social**: validação de instrumentos de avaliação. 2008. Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

PRINZ, P. et al. Burnout, depression and depersonalization-Psychological factors and coping strategies in dental and medical students. **GMS Z Med Ausbild**, v. 29, n. 1, Doc 10, 2012.

QUEIROZ, M. A. S. et al. Estágio curricular supervisionado: percepções do aluno-terapeuta em Fonoaudiologia no âmbito hospitalar. **Rev CEFAC**, v. 15, n. 1, p. 135-43, 2013.

RADA, R. E.; JOHNSON-LEONG, C. Stress, burnout, anxiety and depression among dentists. **J Am Dent Assoc**, v. 135, n. 6, p. 788-794, 2004.

RESENDE, M. C. et al. Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. **Psicologia para América Latina**, n. 5, p. 0-0, 2006

REZENDE, F. P. et al. Perfil, motivações e expectativas dos graduandos e graduados em odontologia. **Rev Odontol Univ Cid São Paulo**, São Paulo, v. 19, n. 2, p. 165-172, maio/ago. 2007.

REZENDE, C. H. A. et al. Prevalência de sintomas depressivos entre estudantes de medicina da Universidade Federal de Uberlândia. **Revista brasileira de educação médica**, v. 32, n. 3, p. 315-323, 2008.

ROCHA, J. F. **Efeitos de uma intervenção comportamental com treino de habilidades sociais para universitários com fobia social**. 2012. 156 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências, Bauru, SP, 2012.

ROMERO, C.D.; ABRAMIDES, D.V.M. **Habilidades sociais em estudantes de Fonoaudiologia**. Trabalho apresentado no 17º Simpósio Internacional de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo (SIICUSP), 6 a 7 de novembro de 2009.

RÍOS-SANTOS, J. V. et al. Burnout and depression among Spanish periodontology practitioners. **Med Oral Patol Oral Cir Bucal**, v. 15, n. 5, p. 813-819, Sept. 2010.

SANTOS, P. L.; RODRIGUES, M. L. V. O ensino da Psicologia na graduação de Fonoaudiologia. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 1, p. 78-81, 2007.

SANTOS, S. M. As responsabilidades da universidade no acesso ao ensino superior. In: SOARES, A. P. et al. (Orgs.). **Transição para o ensino superior**. Braga: Universidade do Minho, 2000. p. 69-78.

SCORZONI, M. F.; BUENO, S. M. V.; COSCRATO, Gisele. Currículo e as implicações dos novos paradigmas educacionais na formação do enfermeiro. **Saúde & Transformação Social/Health & Social Change**, v. 4, n. 1, p. 11-15, 2013.

SOARES, A. B.; DEL PRETTE, Z. A. P. **Guia teórico-prático para superar dificuldades interpessoais na universidade**. Rio de Janeiro: Appris, 2013.

SOARES, A. B. et al. Intelligence and social competence in university adaptation. **Estud Psicol (Campinas)**, Campinas, v. 30, n. 3, p. 317-328, Sept. 2013.

STRAHAN, E. Y. The effects of social anxiety and social skills on academic performance. **Personality and individual differences**, v. 34, n. 2, p. 347-366, 2003.

TAKAYAMA, Y. et al. Condition of depressive symptoms among Japanese dental students. **Odontology**, v. 99, n. 2, p. 179-187, July 2011.

TELES, L. C. S. et al. Análise comparativa entre as habilidades sociais dos estudantes de jornalismo e de fonoaudiologia. **Revista CEFAC**, v. 17, n. 2, p. 343-348, 2015.

TOASSI, R. F. C. et al. Perfil sociodemográfico e perspectivas em relação à profissão do estudante de odontologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev Fac Odontol Porto Alegre**, v. 52, n. 1/3, p. 25-32, 2011.

WERTHEIN, J. A sociedade da informação e seus desafios. **Ciência da informação**, Brasília, v. 29, n. 2, p. 71-77, maio/ago. 2000.

ANEXOS

ANEXO A – Aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Bauru, Universidade de São Paulo

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU-
USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Habilidades Sociais e Saúde Mental: caracterização de universitários da FOB-USP

Pesquisador: Dagma Venturini Marques Abramides

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 42933614.4.0000.5417

Instituição Proponente: Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.074.637

Data da Relatoria: 20/05/2015

Apresentação do Projeto:

IDEM PARECER 1.065.867

Objetivo da Pesquisa:

IDEM PARECER 1.065.867

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

IDEM PARECER 1.065.867

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

IDEM PARECER 1.065.867

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

IDEM PARECER 1.065.867

Recomendações:

IDEM PARECER 1.065.867

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisadora apresentou justificativa datada de 06 de maio de 2015, para todas as pendências apontadas no parecer 1.065.867.

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9

Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901

UF: SP **Município:** BAURU

Telefone: (14)3235-8356

Fax: (14)3235-8356

E-mail: cep@fob.usp.br

FACULDADE DE
ODONTOLOGIA DE BAURU-
USP

Continuação do Parecer: 1.074.637

Considera-se que os esclarecimentos sanaram as dúvidas anteriormente levantadas por este CEP, sendo assim este parecer é favorável à aprovação do projeto de pesquisa Intitulado como "Habilidades Sociais e Saúde Mental: caracterização de universitários da FOB-USP" da pesquisadora Núria P. V. Borro Moretto sob a Orientação da Profª Drª Dagma Venturini Marques Abramides sob numero CAAE: 42933614.4.0000.5417 versão 2.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Esse projeto foi considerado APROVADO na reunião ordinária do CEP de 20.05.2015, com base nas normas éticas da Resolução CNS 466/12. Ao término da pesquisa o CEP-FOB/USP exige a apresentação de relatório final. Os relatórios parciais deverão estar de acordo com o cronograma e/ou parecer emitido pelo CEP. Alterações na metodologia, título, inclusão ou exclusão de autores, cronograma e quaisquer outras mudanças que sejam significativas deverão ser previamente comunicadas a este CEP sob risco de não aprovação do relatório final. Quando da apresentação deste, deverão ser incluídos todos os TCLEs e/ou termos de doação assinados e rubricados, se pertinentes.

BAURU, 22 de Maio de 2015

Assinado por:
Izabel Regina Fischer Rubira Bullen
(Coordenador)

Endereço: DOUTOR OCTAVIO PINHEIRO BRISOLLA 75 QUADRA 9
Bairro: VILA NOVA CIDADE UNIVERSITARIA **CEP:** 17.012-901
UF: SP **Município:** BAURU
Telefone: (14)3235-8356 **Fax:** (14)3235-8356 **E-mail:** cep@fob.usp.br

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido **Universidade de São Paulo
Faculdade de Odontologia de Bauru****Departamento de Fonoaudiologia****Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**

Você está sendo convidado(a) como voluntário(a) a participar da pesquisa: **“Habilidades Sociais e Saúde Mental: caracterização de universitários da FOB-USP”** realizado por mim, Núria Priscila Valentini Borro Moretto, aluna do Programa de pós-graduação em Fonoaudiologia, sob a orientação da Prof. Profa. Dra. Dagma Venturini Marques Abramides, da FOB/USP (Departamento de Fonoaudiologia).

O motivo que nos leva a estudar este tema é o interesse pelas condições de saúde mental dos estudantes universitários deste campus e pelas características de comportamentos socialmente habilidosos. Para tanto, você como aluno será convidado a responder quatro instrumentos (inventários e questionários) de autoaplicação compilados na forma de um caderno.

Informo que os instrumentos selecionados são utilizados em muitas pesquisas com universitários, não havendo registro de desconfortos e riscos para os respondentes que levam, em média, de 30 a 40 minutos para concluí-los. Envolve a reflexão sobre seus comportamentos, o que vem sendo apontado como um dos possíveis benefícios para o autoconhecimento.

Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Caso você não tenha interesse em participar da pesquisa, você não sofrerá nenhum tipo de sanção acadêmica.

Sua identidade será tratada com padrões profissionais de sigilo. Para garantir o seu anonimato, você sorteará um número que será a sua identificação no caderno de instrumentos e do qual apenas você terá conhecimento. Tal medida garante liberdade na escolhas de respostas e evita a ideia de que a sua pessoa esteja sendo sendo julgada. Contudo, você se responsabilizará em manter o número sob sigilo para identificar e conhecer os seus resultados individualmente ao final do estudo e, caso você decida poderá contatar a pesquisadora e sua orientadora para agendar um horário para esclarecimentos, aconselhamento individual ou encaminhamento se necessário.

A final do estudo, os resultados do grupo de participantes, não individuais, em cada dimensão dos instrumentos serão apresentados aos universitários em horário a ser agendado.

Uma cópia deste consentimento informado, devidamente assinada, ficará em posse do pesquisador e a outra será fornecida a você. Os TCLEs e os dados obtidos por meio dos questionários serão guardados em segurança por cinco anos e em seguida descartados de forma ecologicamente correta.

A participação no estudo não acarretará custos para você e não será disponibilizada nenhuma compensação financeira. Você será indenizado por qualquer problema decorrente do projeto de pesquisa.

A qualquer momento da pesquisa, você poderá esclarecer dúvidas sobre sua participação na pesquisa e poderá entrar em contato direto com a pesquisadora responsável pelo telefone (14) 3235-8000 – ramal 358534, pelo

Universidade de São Paulo Faculdade de Odontologia de Bauru

Departamento de Fonoaudiologia

celular (14) 997629591 ou pelo e-mail nuriaborro@usp.br. Para denúncias e/ou reclamações entrar em contato com Comitê de Ética em Pesquisa em local e horário estabelecidos a seguir:

Horário e local de funcionamento:

Comitê de Ética em Pesquisa

Faculdade de Odontologia de Bauru-USP - Prédio da Pós-Graduação (bloco E - pavimento superior), de segunda à sexta-feira, no horário das **13h30 às 17 horas**, em dias úteis.

Alameda Dr. Octávio Pinheiro Brisolla, 9-75

Vila Universitária – Bauru – SP – CEP 17012-901

Telefone/FAX(14)3235-8356

e-mail: cep@fob.usp.br

Eu, _____ fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim o desejar. A pesquisadora responsável certificou-me de que todos os dados pessoais serão confidenciais.

Em caso de dúvidas poderei chamá-la no telefone 32358534 ou pelo e-mail de contato nuriaborro@usp.br

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

.....		
Nome do aluno	Assinatura	Data
.....		
Núria Priscila V. Borro Moretto (pesquisadora)	Assinatura	Data

OBSERVAÇÃO: Todas as folhas do TCLE devem ser rubricadas e a última assinada nos campos