



UNIVERSIDADE  
ESTADUAL DE LONDRINA

---

PATRICIA DIAS FRANCISQUINI

**PERCEPÇÃO DE BEM-ESTAR, QUALIDADE DE VIDA E  
ESPERANÇA PARA CUIDADORES FAMILIARES DE  
PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA**

---

Londrina  
2018

PATRICIA DIAS FRANCISQUINI

**PERCEPÇÃO DE BEM-ESTAR, QUALIDADE DE VIDA E  
ESPERANÇA PARA CUIDADORES FAMILIARES DE  
PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), para a obtenção do título de mestre em Enfermagem.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Hirata Soares

Londrina  
2018

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do Programa de Geração Automática do Sistema de Bibliotecas da UEL

Francisquini, Patricia Dias.

Percepção de bem-estar, qualidade de vida e esperança para cuidadores familiares de pessoas com esquizofrenia / Patricia Dias Francisquini. - Londrina, 2018.  
72 f.

Orientador: Marcos Hirata Soares.

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual de Londrina, Centro de Educação Comunicação e Artes, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2018.  
Inclui bibliografia.

1. Qualidade de Vida - Tese. 2. Bem-Estar - Tese. 3. Esperança - Tese. 4. Cuidadores Familiares - Tese. I. Soares, Marcos Hirata. II. Universidade Estadual de Londrina. Centro de Educação Comunicação e Artes. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III. Título.

PATRICIA DIAS FRANCISQUINI

**PERCEPÇÃO DE BEM-ESTAR, QUALIDADE DE VIDA E ESPERANÇA  
PARA CUIDADORES FAMILIARES DE PESSOAS COM  
ESQUIZOFRENIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Londrina (UEL), para a obtenção do título de mestre em Enfermagem.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof. Dr. Orientador Marcos Hirata Soares  
Universidade Estadual de Londrina – UEL

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Julia Trevisan Martins  
Universidade Estadual de Londrina – UEL

---

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Margarita Antonia Villar Luis  
Universidade de São Paulo – USP

Londrina, 17 de dezembro de 2018.

Aos meus pais, Roberto e Marlene;  
ao meu marido, Fernando;  
e ao meu irmão, Paulo.  
Os meus maiores exemplos.

## AGRADECIMENTOS

A **Deus**, responsável por tudo o que sou e tenho; por me carregar nos braços quando o fardo foi pesado.

Ao meu orientador, **Prof. Dr. Marcos Hirata Soares**, que aceitou o desafio de desenvolver minhas habilidades científicas, acreditando em mim e na minha capacidade de evolução; pela sua disponibilidade, prontidão e paciência; por ter me estimulado a sonhar mais alto e a dar passos mais largos.

À **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Julia Trevisan Martins** e à **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Margarita Antonia Villar Luis**, que prontamente aceitaram o convite para compor a banca examinadora de minha dissertação; pela disposição e brilhantes contribuições, extremamente fundamentais para o aprimoramento deste trabalho.

Ao meu marido, **Fernando**, pelo intenso incentivo no aprimoramento acadêmico, pelo amor, compreensão e extrema paciência em todo esse período. Sem dúvida, você me inspira a ser sempre melhor. Meu grande exemplo e parceiro de vida!

Aos meus pais, **Roberto e Marlene**, meus maiores exemplos. Pelo amor incondicional, por investirem em mim e acreditarem em minha capacidade, e que tanto prezaram pela minha qualidade de vida e bem-estar.

Aos meus queridos **Paulo Roberto, Glaucia, Ana Luiza e Cecília**, por todo amor, carinho e momentos compartilhados.

Aos demais **familiares e amigos** que foram minha grande fonte de apoio e torceram tanto por mim.

À minha querida amiga e companheira dessa caminhada **Enf.<sup>a</sup> Mestranda Fernanda Pamela Machado**, que se tornou meu apoio nessa intensa jornada, com quem dividi momentos de angústia, conhecimento, medo, reflexão, superação e felicidade. Agradeço pelo ombro amigo, a disposição em ajudar desde o momento da aprovação no mestrado, a tranquilidade na condução da coleta de dados e desenvolvimento da dissertação, e por ter me ensinado o real significado de Esperança. Sua amizade, companheirismo e carinho foram imprescindíveis e, sem dúvida, me fizeram chegar até aqui.

Ao **corpo docente do programa**, pela extrema dedicação, ensinando além do esperado, extrapolando disciplinas e conteúdos, contribuindo para o meu crescimento acadêmico, pessoal e profissional.

Aos **colegas de mestrado**, que levarei para sempre comigo, e em especial as amigas: Andressa, Maria, Natalia B., Natalia M. e Thammy, com quem compartilhei angústias, alegrias, desenvolvimento científico e boas risadas. Foi uma honra caminhar ao lado de vocês.

À **Universidade Estadual de Londrina**, instituição que me acolheu desde a graduação e onde, com imenso orgulho, agora me torno mestre.

Aos **cuidadores familiares das pessoas com esquizofrenia**, que abriram as portas de suas casas para me receber e compartilharam o turbilhão de sentimentos vivenciados nessa rotina tão exaustiva; por serem seres tão fortes e dedicados ao cuidado, me fazendo entender o poder que possuem frente ao tratamento e ressocialização de seus familiares.

*Não importa o que aconteça, continue a nadar.*

*(Graham Walters)*

FRANCISQUINI, Patricia Dias. **Percepção de bem-estar, qualidade de vida e esperança para cuidadores familiares de pessoas com esquizofrenia.** Orientador: Marcos Hirata Soares. 2018. 72 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

## RESUMO

**INTRODUÇÃO:** No Brasil, a partir de 1980, passou-se a adotar um tratamento psiquiátrico extra-hospitalar, tornando o familiar o principal provedor de cuidados a esses indivíduos mentalmente enfermos, favorecendo a humanização e a reabilitação psicossocial. Tendo em vista a falta de preparo e as dificuldades encontradas por esses familiares em prestar o cuidado diário às pessoas com esquizofrenia, observou-se um aumento nos sentimentos de sobrecarga e estresse, gerando uma preocupação em relação à qualidade de vida, bem-estar e esperança desses cuidadores familiares. **OBJETIVOS:** Mensurar e avaliar a relação entre bem-estar, qualidade de vida e esperança dos cuidadores familiares de pessoas com esquizofrenia. **MATERIAL E MÉTODO:** Estudo descritivo transversal, realizado com 117 familiares de pessoas esquizofrênicas atendidas no Centro de Atenção Psicossocial III em uma cidade de grande porte do norte do Paraná. Os dados foram coletados entre dezembro de 2017 e junho de 2018, por meio da aplicação dos instrumentos *World Health Organization 5-Item Well-Being (WHO-5)*, *World Health Organization Quality of Life Abreviado (WHOQOL-Bref)* e Escala de Esperança Disposicional. Os dados foram submetidos a análise exploratória descritiva, comparação entre medianas, teste de tendência e análise de correlação, utilizando o programa *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 25.0. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa, pelo parecer de número: 2.077.240/CAAE: 56875616.0.0000.5231. **RESULTADOS:** Os pais foram identificados como os principais cuidadores (53,8%), sendo 74,4% representados pelo sexo feminino; 73,5% eram casados e com a média de idade de 56,7 anos; 35% dos cuidadores apresentavam entre 4 e 7 anos de estudo, com renda familiar entre 1 e 2 salários mínimos (53,8%); 97,4% dos cuidadores mantinham contato diário com o familiar esquizofrênico, e a média de tempo atuando como cuidador foi 13,4 anos. Em relação à pontuação obtida no WHO-5, 94,9% apresentaram abaixo de 20 pontos. Na escala WHOQOL-Bref, observou-se que o domínio psicológico e o domínio de relações sociais foram os que obtiveram menor escore,  $m=3,2$  e  $m=2,8$ , respectivamente. No instrumento Escala de Esperança Disposicional, 77,8% da amostra apresentou pontuação abaixo de 32 pontos. Foi encontrada significância estatística ( $p<0,05$ ) quando comparada a escolaridade e a faixa etária com a Esperança Disposicional, e observou-se significância estatística ( $p<0,01$  e  $p<0,05$ ) quando comparadas as escalas utilizadas. **CONCLUSÃO:** O estudo trouxe avanços significativos para o conhecimento sobre os construtos subjetivos em torno do cuidador familiar de pessoas com esquizofrenia e suas principais apreensões em relação a qualidade de vida, bem-estar e esperança, bem como o subsídio para a reformulação dos serviços e políticas de saúde mental.

**Palavras-chave:** Cuidador familiar. Saúde mental. Esquizofrenia. Qualidade de vida. Esperança de vida.

FRANCISQUINI, Patricia Dias. **Perception of well-being, quality of life and hope for family caregivers of people with schizophrenia.** Mentor: Marcos Hirata Soares. 2018. 72 p. Dissertation (Master's Degree in Nursing) – Universidade Estadual de Londrina, Londrina, 2018.

## ABSTRACT

**INTRODUCTION:** In Brazil, from 1980, psychiatric treatment was adopted outside the hospital, making the family member the main provider of care for these mentally ill individuals, favoring humanization and psychosocial rehabilitation. Given the lack of preparation and the difficulties encountered by these relatives in providing daily care to people with schizophrenia, there was an increase in feelings of overload and stress, generating concern about the quality of life, well-being and family caregivers. **OBJECTIVES:** To measure and evaluate the relationship between well-being, quality of life and hope of family caregivers of people with schizophrenia. **MATERIAL AND METHOD:** A descriptive cross-sectional study was carried out with 117 relatives of schizophrenic patients attending the Psychosocial Care Center III in a large city in the north of Paraná. The data were collected between December 2017 and June 2018 through the application of the World Health Organization 5-Item Well-Being (WHO-5), World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref) and Dispositional Hope Scale. The data were submitted to descriptive exploratory analysis, comparison between medians, trend test and correlation analysis, using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 25.0. The research was approved by the Ethics and Research Committee, based on opinion number: 2.077.240/CAAE: 56875616.0.0000.5231. **RESULTS:** Parents were identified as the main caregivers of the patients (53.8%), 74.4% were female, 73.5% were married and the mean age was 56.7 years, 35% were between 4 and 7 years of schooling, with a family income between 1 and 2 minimum wages (53.8%), 97.4% of family caregivers had daily contact with the patients, and the average time to caregiver was 13.4 years. Regarding the score obtained in the WHO-5, 94.9% presented below 20 points. In the WHOQOL-Bref scale, it was observed that the psychological domain and the domain of social relations were the ones with the lowest score,  $m = 3.2$  and  $m = 2.8$  respectively. In the Dispositional Hope Scale instrument, 77.8% of the sample had a score below 32 points. Statistical significance ( $p < 0.01$  and  $p < 0.05$ ) was found statistically significant ( $p < 0.05$ ) when compared to schooling and the age group with the Dispositional Hope, when the scales were used. **CONCLUSION:** The study has brought significant advances in knowledge about the subjective constructs around the family caregiver of people with schizophrenia and their main apprehensions regarding the quality of life, well-being and hope, as well as the subsidy for the reformulation of services and mental health policies.

**Keywords:** Family caregiver. Mental health. Schizophrenia. Quality of life. Hope of life.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Quadro 1</b> – Domínios e facetas do WHOQOL-Bref .....	24
<b>Quadro 2</b> – Distribuição dos domínios e questões do WHOQOL-Bref.....	25
<b>Figura 1</b> – Relação de exclusões, perdas e recusas.....	30

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Características sociodemográficas e condições de vida dos cuidadores familiares .....	34
<b>Tabela 2</b> – Idade e tempo como cuidador, em termos de média (m) e desvio padrão (DP) .....	34
<b>Tabela 3</b> – Estatística descritiva para cada questão do instrumento WHO-5 .....	35
<b>Tabela 4</b> – Pontuação obtida no Índice de Bem-Estar (WHO-5) pelos cuidadores familiares .....	35
<b>Tabela 5</b> – Média de escores brutos obtidos na WHO-5 .....	36
<b>Tabela 6</b> – Medidas de tendência central descritiva dos domínios do WHOQOL-Bref .....	36
<b>Tabela 7</b> – Coeficiente de correlação de Spearman entre a idade e os domínios do WHOQOL-Bref do cuidador familiar de pessoas com esquizofrenia .....	37
<b>Tabela 8</b> – Frequência e porcentagem obtidas pelos cuidadores familiares na Escala de Esperança Disposicional .....	37
<b>Tabela 9</b> – Domínios que compõem rotas e agenciamentos da Escala de Esperança Disposicional, com médias respectivas e geral.....	38
<b>Tabela 10</b> – Estatística Teste de Kruskal-Wallis entre escolaridade e Índice de Bem-Estar, Índice Geral de Qualidade de Vida e Esperança Disposicional .....	38
<b>Tabela 11</b> – Teste Jonckheere-Terpstra entre escolaridade e Índice de Bem-Estar, Índice Geral de Qualidade de Vida e Esperança Disposicional .....	38
<b>Tabela 12</b> – Teste de medianas entre escolaridade e Índice de Bem-Estar, Índice Geral de Qualidade de Vida e Esperança Disposicional .....	39
<b>Tabela 13</b> – Teste de Kruskal-Wallis entre faixa etária e Índice de Bem-Estar, Índice Geral de Qualidade de Vida e Esperança Disposicional .....	40
<b>Tabela 14</b> – Teste Jonckheere-Terpstra entre faixa etária e Índice de Bem-Estar, Índice Geral de Qualidade de Vida e Esperança Disposicional .....	40

<b>Tabela 15</b> – Teste de medianas entre faixa etária e Índice de Bem-Estar, Índice Geral de Qualidade de Vida e Esperança Disposicional .....	41
<b>Tabela 16</b> – Matriz de Correlação de Spearman e variância entre os domínios da Qualidade de Vida, Bem-Estar e Esperança Disposicional .....	43
<b>Tabela 17</b> – Correlação Parcial entre as variáveis Índice de Bem-Estar e Índice Geral de Qualidade de Vida .....	45
<b>Tabela 18</b> – Correlação Parcial entre as variáveis Índice de Bem-Estar e Esperança Disposicional .....	45

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADHS	<i>Adult Dispositional Hope Scale</i>
BEP	Bem-Estar Psicológico
BES	Bem-Estar Subjetivo
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CID-10	Classificação Internacional de Doenças
DP	Desvio padrão
EA	Escala de Afetos
EBEP	Escala de Bem-Estar Psicológico
EBES	Escala de Bem-Estar Subjetivo
EEH	Escala de Esperança de Herth
ESV	Escala de Satisfação com a Vida
HHI	<i>Herth Hope Index</i>
IGQV	Índice Geral de Qualidade de Vida
M	Média
OMS	Organização Mundial da Saúde
PedsQL	<i>Pediatric Quality of Life Inventory</i>
PR	Paraná
QDV-DA	Escala de Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer
QV	Qualidade de Vida
QWLQ-78	<i>Quality of Working Life Questionnaire</i>
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
SF-36	<i>Medical Outcome Study 36-Item Short form Health Survey</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UEL	Universidade Estadual de Londrina
WHO-5	<i>World Health Organization 5-Item Well-Being</i>
WHOQOL	<i>World Health Organization Quality of Life</i>
WHOQOL-100	<i>World Health Organization Quality of Life 100</i>
WHOQOL-Bref	<i>World Health Organization Quality of Life Abreviado</i>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DA LITERATURA</b> .....	<b>19</b>
2.1	O BEM-ESTAR .....	19
2.1.1	<i>Bem-estar: conceito</i> .....	19
2.1.2	<i>Bem-estar: avaliação</i> .....	19
2.2	A QUALIDADE DE VIDA .....	20
2.2.1	<i>Qualidade de vida: conceito</i> .....	20
2.2.2	<i>Qualidade de vida: avaliação</i> .....	22
2.3	A ESPERANÇA DISPOSICIONAL .....	25
2.3.1	<i>Esperança: conceito</i> .....	25
2.3.2	<i>Esperança: avaliação</i> .....	26
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>28</b>
3.1	OBJETIVO GERAL .....	28
3.2	OBJETIVO ESPECÍFICO.....	28
<b>4</b>	<b>MATERIAL E MÉTODO</b> .....	<b>29</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO .....	29
4.2	POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTUDO .....	29
4.3	COLETA DE DADOS.....	29
4.4	INSTRUMENTOS.....	31
4.5	ANÁLISE DE DADOS.....	31
4.6	ASPECTOS ÉTICOS .....	32
<b>5</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	<b>33</b>
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	<b>46</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÕES</b> .....	<b>51</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>53</b>

<b>APÊNDICES</b> .....	60
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	61
APÊNDICE B – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	62
<b>ANEXOS</b> .....	63
ANEXO A – ÍNDICE DE BEM-ESTAR OMS (WHO-5) .....	64
ANEXO B – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL- Bref) .....	65
ANEXO C – ESCAALA DE ESPERANÇA DISPOSICIONAL .....	68
ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....	69

## 1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a partir de 1980 ocorreu o início do processo de reforma psiquiátrica e a reabilitação psicossocial por meio da desinstitucionalização. O Estado, então, passou a adotar como política a preferência pelo tratamento psiquiátrico comunitário, visando ampliar, assim, a participação familiar no tratamento desses pacientes, bem como a reinserção social (TABELEÃO; TOMASI; QUEVEDO, 2014). Essa mudança de cenário ocasionou uma melhoria em relação ao tratamento humanizado, priorizando a reabilitação psicossocial do paciente no seu meio. Entretanto, assumir o papel de cuidar e ressocializar essa pessoa, somado ao despreparo para exercer tal função, acaba por gerar no familiar sobrecarga e isso vem se tornando um desafio (CAVALHERI, 2010; REIS *et al*, 2016; OLIVEIRA; ELOIA; LIMA, 2017). Visto que o tratamento até então era centrado no âmbito hospitalar, com a família distante do processo de cuidar, porém, com o seu parente de volta ao lar, tem de lidar diretamente e diariamente com o familiar portador de transtorno mental, sem saber exatamente como (DELGADO, 2014).

O Ministério da Saúde na Portaria n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), cuja finalidade é a criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), definiu e estabeleceu diretrizes para o funcionamento dos serviços em todos os níveis assistenciais, no qual a assistência prestada ao paciente devia incluir o atendimento à família e o desenvolvimento de atividades comunitárias, com foco na integração do paciente na comunidade e inserção familiar e social.

Kantorski *et al* (2012) identificaram alguns fatores benéficos na inserção do familiar nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), como ampliação da resolutividade nas adversidades que enfrentam em seu cotidiano como cuidadores e participação em atividades que favorecem a integração e reinserção no convívio social dos pacientes. Mas verificou-se que há necessidade de que os serviços de saúde mental utilizem ações, técnicas ou métodos que propiciem melhores

resultados de tratamento, particularmente em relação aos familiares, devido ao seu alto grau de estresse e sobrecarga (SOARES, 2014).

As doenças mentais são consideradas doenças crônicas, que causam fragilidade e incapacidade para o portador, e são cercadas de estigmas e preconceitos de toda a sociedade (PERKINS *et al*, 2018). Nesse contexto das doenças mentais, a esquizofrenia é considerada a doença mais incapacitante quando nos referimos a transtornos mentais, e é definida pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) da Organização Mundial da Saúde (OMS) como: “Distorções fundamentais e características do pensamento e da percepção, e por afetos inapropriados ou embotados. Envolvem fenômenos psicopatológicos como transtornos de pensamentos, ideias delirantes e vozes alucinatórias.”, por esse motivo o cuidado se torna ainda mais árduo, principalmente para o familiar responsável pelo cuidado.

Mas o que se entende por cuidador? Considera-se como cuidador o indivíduo que pertence ao convívio familiar do paciente, passando a maior parte do tempo sendo o principal responsável pelo cuidado, assumindo total ou a maior parte da responsabilidade de cuidar, realizando a maior parte das atividades, sem nenhum tipo de remuneração econômica (GUIMARÃES *et al*, 2012).

Tendo em vista que, na população usuária dos serviços públicos de saúde, esses familiares se tornaram os principais cuidadores, mesmo sem preparo, orientação e com pouco conhecimento sobre a abordagem ao paciente psiquiátrico em seu convívio familiar – visto a inexistência de tal prática até então –, foram realizadas diversas pesquisas nessa temática e conceituaram essa situação vivida como sobrecarga objetiva e subjetiva (BARROSO; BANDEIRA e NASCIMENTO, 2007).

Maurin e Boyd (1990), definem a sobrecarga como o impacto causado no meio familiar pela tarefa de cuidar do paciente com transtorno mental, envolvendo aspectos físicos, emocionais, econômicos e sociais, ocasionando alterações nas atividades diárias. A sobrecarga objetiva pode ser caracterizada pelo excesso de assistência ao paciente, por meio de gastos financeiros, mudanças na rotina social, profissional ou pessoal, adequação do ambiente em que se vive, ou seja, as atividades cotidianas que precisam ser realizadas para suprir a necessidade do indivíduo doente. Já a sobrecarga subjetiva é assimilada ao grau de incômodo percebido ou avaliado pelo cuidador familiar, suas reações emocionais, sentimentos

de sobrecarga pela responsabilidade de cuidar, ligados, então, a fatos referentes às consequências negativas da sobrecarga do ato de cuidar (MAURIN e BOYD, 1990; LIMA, 2017).

Por tratar-se de uma tarefa com impactos importantes no ambiente familiar, nossa hipótese é de que possa existir uma gama de outros construtos subjetivos associados que podem complementar a avaliação da amplitude do enfrentamento dessa problemática do cuidador familiar.

Foram encontrados estudos (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007; DELGADO, 2014; NOLASCO *et al*, 2014; REIS *et al*, 2016; TABELEÃO; TOMASI; QUEVEDO, 2014) relacionados à sobrecarga objetiva e subjetiva e com a utilização de escalas em diversos tipos de cuidadores, porém cria-se uma lacuna referente à relação entre diversos outros construtos subjetivos que possam estar presentes na sobrecarga, como, por exemplo: qualidade de vida, bem-estar e esperança.

Para a saúde psíquica do cuidador da pessoa com esquizofrenia, principalmente o familiar, que está inserido no cuidado diariamente e exaustivamente, devemos nos preocupar não somente com a sobrecarga objetiva, mas também com todos os outros construtos subjetivos que formam a definição de satisfação e felicidade.

O presente estudo tem como objetivo avaliar a relação entre bem-estar, qualidade de vida e esperança dos cuidadores familiares de pessoas com esquizofrenia.

## 2 REVISÃO DA LITERATURA

### 2.1 O BEM-ESTAR

#### 2.1.1 Bem-estar: conceito

O conceito de bem-estar tem sido amplamente estudado e há tipos de perspectivas diferentes e complementares perante esse construto. Podem-se utilizar duas linhas de pensamento para compreensão do termo, sendo uma o conceito de Hedonia, que representa uma estrutura tripartite, composta pela satisfação com aspectos gerais da vida e a predominância de afetos positivos sobre afetos negativos vivenciados (DIENER *et al*, 1999). A outra, considera o conceito de Eudemonia, tendo a sua maior influência ligada a estados de funcionamento psicológico positivo e de desenvolvimento humano (DODGE *et al*, 2012).

Um conceito muito difundido, está organizado em duas perspectivas, sendo uma o bem-estar subjetivo (BES), que se trata do bem-estar hedônico, ligado a uma visão de bem-estar como prazer, felicidade e satisfação com a vida, ou seja, “sentir a vida” e “pensar sobre ela” (HENNA *et al*, 2016). Já o bem-estar psicológico (BEP) trata do bem-estar eudemônico, que consiste no desenvolvimento humano e na capacidade de superar dificuldades (RYFF, 1989).

Nesse contexto, o BES visa a identificar o quão feliz ou satisfeito está o indivíduo e em que áreas da sua vida isso se verifica; já o BEP evidencia o quão feliz ou satisfeito o indivíduo se sente em determinados domínios psicológicos e também os recursos psicológicos que possui (RYFF, 1989).

#### 2.1.2 Bem-estar: avaliação

Existem diversos tipos de instrumentos para avaliação do BES e BEP. Entre os instrumentos mais utilizados para avaliação do BES, estão a Escala de Afetos Positivos e Negativos (*Positive and Negative Affect Schedule – PANAS*) (WATSON *et al*, 1988); a Escala de Afetos (EA) (ZANON *et al*; 2013); a Escala de Satisfação com a Vida (ESV) (DIENER *et al*; 1985); e a Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES) (ALBUQUERQUE; TRÓCCOLI, 2004).

Para avaliação do BEP, as mais utilizadas são a Escala de Bem-Estar Psicológico (EBEP) (RYFF; ESSEX, 1992) e o *World Health Organization 5-Item Well-Being Index* (WHO-5) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998), uma vez que são de fácil compreensão e melhor confiabilidade.

O WHO-5, ou Índice de Bem-Estar da Organização Mundial da Saúde, foi desenvolvido por um grupo regional europeu para avaliação do bem-estar psicológico, que reunia partes da Escala de Bem-Estar Psicológico Geral (*Psychological General Well-Being Index*) (RASMUSSEN *et al*, 1999) e da Escala de Ansiedade e Depressão (*Zung Scales for Anxiety and Depression*) (ZUNG, 1965; 1971). Possui versão validada para o Brasil por Souza e Hidalgo (2012), que incluiu 1.128 indivíduos entre 18 e 65 anos e apresentou boa validade interna com o alfa de Cronbach = 0,83. O questionário é composto de cinco questões com valores de 0 a 5 pontos em uma escala Likert, tendo o escore total variando de 0 a 25, e visa a medir o bem-estar mental atual, referente às duas últimas semanas anteriores ao momento do teste. Segundo o artigo de validação realizado em uma amostra brasileira (SOUZA; HIDALGO, 2012), uma pontuação menor que 20 sugere presença de transtorno depressivo, e, segundo Bech (2004), escores menores ou iguais a 13 indicam comprometimento do bem-estar e sugerem análises complementares para depressão.

## 2.2 A QUALIDADE DE VIDA

### 2.2.1 *Qualidade de vida: conceito*

O termo qualidade de vida (QV) aparece sempre com sentido bastante genérico, porém vem sendo muito explorado e possui diversas definições, dependendo da teoria que o originou. No geral, pode-se definir QV como bem-estar pessoal, incluindo uma série de fatores, como felicidade, o próprio estado emocional, satisfação pessoal e profissional, o estado de saúde, nível socioeconômico, autocuidado, suporte familiar, a comunidade e o ambiente em que se vive (VECCHIA *et al*, 2005).

Day e Jankey (1996) classificam os estudos sobre QV de acordo com quatro abordagens gerais, sendo elas: econômica, biomédica, psicológica e geral.

A abordagem econômica traz os indicadores sociais como principais componentes. O termo QV nessa vertente se deu na década de 1960 nos Estados Unidos, quando, durante campanha política, foi citado a fim de abordar o interesse da população por uma “vida boa” ou “vida de qualidade”, passando o sentido de felicidade na obtenção de estruturas sociais. Sendo assim, os indicadores econômicos, juntamente com indicadores sociais como instrução, renda e moradia, tornaram-se parâmetros essenciais para avaliação da QV (DAY; JANKEY, 1996).

No contexto médico, QV estaria ligada às condições de saúde de um indivíduo. Qualidade de vida relacionada a saúde (*Health Related Quality of Life*) e estado subjetivo de saúde (*Subjective Health Status*) são conceitos relacionados à avaliação subjetiva do indivíduo e ao impacto do estado de saúde na capacidade de se viver plenamente (FLECK, 1999).

A abordagem psicológica considera as reações subjetivas do indivíduo frente as suas experiências vividas, indicando como percebem suas próprias vidas, satisfação e felicidade, desconsiderando o contexto ambiental. Por esse motivo, considera-se a principal limitação dessa linha de pensamento (DAY; JANKEY, 1996).

Day e Jankey (1996) apresentam, para essa abordagem, seis dimensões de análise. A primeira relaciona-se às questões entre o que se tem e o que se quer ter; a segunda analisa o que o grupo de uma região considera ser o seu ideal real de vida; a terceira refere-se às condições atuais de um indivíduo e o que ele espera se tornar; a quarta sugere uma relação entre QV atual e a melhor QV que já se teve no passado; a quinta refere-se ao que é possuído por um indivíduo e pelo grupo de referência; e a sexta, quão boa é a adaptação do indivíduo ao ambiente em que vive.

No contexto geral ou holístico, o conceito de QV é multidimensional. Trata-se de uma organização dinâmica e complexa, e difere de indivíduo para indivíduo, depende do contexto e do ambiente em que se vive. Nesse âmbito, ter uma boa saúde é aspecto fundamental no que se refere à QV (DAY; JANKEY, 1996).

Numa perspectiva mais ampla, pode-se entender que a QV é definida por meio de parâmetros subjetivos, ou seja, características emocionais como felicidade, amor, satisfação pessoal, e parâmetros objetivos, como satisfação de necessidades básicas e necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de determinada sociedade (MINAYO; HARTZ; BUSS, 2000).

Minayo, Hartz e Buss (2000) apresentam o que seriam os três pilares no que se refere à QV. Seriam as referências históricas, que sugerem que uma sociedade tem o seu desenvolvimento econômico, social e tecnológico como parâmetro de QV, e que eles se diferem dentro dessa mesma sociedade em diferentes etapas históricas. Também as referências culturais, que se relacionam a valores e necessidades que são construídas e hierarquizadas de acordo com as tradições de uma sociedade. E as estratificações ou classes sociais, em que os autores sugerem que, numa sociedade extremamente desigual e heterogênea, os padrões e concepções de bem-estar também são estratificados, ou seja, a QV ligada ao bem-estar está presente nos mais bem posicionados nas camadas sociais.

A OMS, por meio de um grupo de estudiosos em QV, o World Health Organization Quality of Life (WHOQOL), definiu QV como “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações [...]” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

### 2.2.2 Qualidade de vida: avaliação

Existem diversos instrumentos utilizados para mensurar a QV, e estes podem ser divididos em dois grupos: específicos e genéricos.

Dentre as escalas específicas, podemos encontrar instrumentos para avaliar a QV de acordo com situações de saúde, faixa etária, trabalho, cultura, entre outras. O instrumento EQ-5D, por exemplo, desenvolvido pelo grupo europeu EuroQoL, avalia a QV relacionada à saúde (EUROQOL GROUP, 1990); o *Quality of Working Life Questionnaire* (QWLQ-78) avalia a QV no trabalho (REIS JÚNIOR, 2008); o *Pediatric Quality of Life Inventory* (PedsQL) mensura a QV relacionada à saúde em crianças e adolescentes (VARNI *et al*, 2001); a Escala de Qualidade de Vida na Doença de Alzheimer (QDV-DA) (LOGSDON *et al*, 1999), entre outros.

Entre as escalas genéricas mais utilizadas, estão a *Medical Outcome Study 36-Item Short Form Health Survey* (SF-36), traduzida e validada no Brasil por Ciconelli *et al* (1999), e o *World Health Organization Quality of Life Instrument 100* (WHOQOL-100) e sua versão abreviada, a WHOQOL-Bref, ambas traduzidas e validadas no Brasil por Fleck *et al* (1999, 2000). Essas são as mais utilizadas por se tratar de instrumentos rápidos, de fácil compreensão e alta confiabilidade.

O *World Health Organization Quality of Life Instrument* é um instrumento que foi desenvolvido por um grupo de pesquisadores em QV da OMS. Foi criado com a finalidade de avaliar a QV numa perspectiva transcultural, a fim de ser utilizado em pesquisas na área da saúde, porém não exclusivamente (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998).

O instrumento WHOQOL apresenta quatro variantes: a WHOQOL-100, que se trata da versão original e conta com 100 itens; a WHOQOL-Bref, que é a versão abreviada e mais utilizada, contando com 26 itens; a EUROHIS-QOL, que é a versão de apenas 8 itens; e a WHOQOL-LIBRAS, que é o instrumento desenvolvido para a Língua de Sinais Brasileira. O grupo WHOQOL também desenvolveu instrumentos específicos para pessoas portadoras do vírus HIV (WHOQOL-HIV), outro para avaliar a QV em pessoas idosas (WHOQOL-OLD), outro, ainda, para avaliar a espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais (WHOQOL-SRPB) e um instrumento mais recente para avaliar pessoas com incapacidades físicas e mentais (WHOQOL-DIS) (FLECK, 2016).

O WHOQOL-Bref, instrumento utilizado neste trabalho, é a versão abreviada do WHOQOL-100. É composto de 26 questões, duas delas relacionadas à qualidade de vida geral – Índice Geral de Qualidade de Vida (IGQV) –, e as outras 24 questões compõem quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente. Para melhor compreensão, conforme exposto no Quadro 1, a seguir, cada faceta aparece acompanhada pelo número da respectiva questão contida no instrumento WHOQOL-100.

**Quadro 1 – Domínios e facetas do WHOQOL-Bref**

<b>Domínios</b>	<b>Facetas</b>
Domínio 1 – Físico	1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso 9. Mobilidade 10. Atividades da vida cotidiana 11. Dependência de medicação ou de tratamento 12. Capacidade para o trabalho
Domínio 2 – Psicológico	4. Sentimentos positivos 5. Pensar, aprender, memória e concentração 6. Autoestima 7. Imagem corporal e aparência 8. Sentimentos negativos 24. Espiritualidade/religião/crenças pessoais
Domínio 3 – Relações sociais	13. Relações pessoais 14. Suporte (apoio) social 15. Atividade sexual
Domínio 4 – Meio ambiente	16. Segurança física e proteção 17. Ambiente no lar 18. Recursos financeiros 19. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 21. Participação em e oportunidades de recreação/lazer 22. Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima) 23. Transporte
Índice Geral de QV	Avaliação da Qualidade de Vida* Satisfação com a Saúde*

\*Questões gerais que compõem o instrumento.

Fonte: FLECK *et al* (2000), adaptado pela autora

E a relação das questões de acordo com cada domínio encontra-se no Quadro 2. Trata-se de um instrumento autoaplicável, rápido e de fácil compreensão. As respostas seguem de acordo com uma escala Likert, variando de 1 (muito ruim; muito insatisfeito; nada; nunca) a 5 (muito boa; muito satisfeito; extremamente; sempre); conforme maior a pontuação, melhor a QV do indivíduo. Deve-se observar a necessidade de inverter os valores (1=5; 2=4; 3=3, 4=2, 5=1) das questões de número 3, 4 e 26.

**Quadro 2** – Distribuição dos domínios e questões do WHOQOL-Bref

Domínios	Questões
Geral	1, 2
Físico	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18
Psicológico	5, 6, 7, 11, 19, 26
Relações sociais	20, 21, 22
Meio ambiente	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25

O WHOQOL-Bref foi traduzido e validado no Brasil por Fleck *et al* (2000). O estudo contou com 300 indivíduos, sendo 250 pacientes de um hospital de clínicas e 50 voluntários-controles; e apresentou boa consistência interna, com o coeficiente de Cronbach variando entre 0,71 e 0,84 entre os domínios.

## 2.3 A ESPERANÇA DISPOSICIONAL

### 2.3.1 Esperança disposicional: conceito

Esperança é um estado emocional positivo, com percepções voltadas para a obtenção de um objetivo, composto pela interação entre rotas e agenciamentos, sendo as rotas o caminho planejado para obtenção desse objetivo, e o agenciamento a motivação para obter tal objetivo (SNYDER *et al*, 1991).

Pacico (2013) sugere uma tríade para que exista esperança composta por objetivo, rota e agenciamento. Assim, para que exista esperança, espera-se que um indivíduo, para alcançar um objetivo, apresente rotas traçadas, ou seja, apresente diferentes formas de se chegar até o objetivo, em conjunto com a motivação (agenciamento) para impulsionar. A autora expõe também que indivíduos que apresentam altos escores de esperança expõem maior motivação para criar diferentes rotas quando enfrentam os obstáculos.

Já Sartore e Grossi (2008) considera que o ser humano está sempre em busca de algo em sua vida, seja almejando dias melhores, boas condições de saúde, de trabalho, de educação ou simplesmente desejando momentos mais alegres, sendo a esperança o impulso do ser humano em seus dias.

### 2.3.2 Esperança disposicional: avaliação

Quando se trata de avaliar esperança, encontramos na literatura três instrumentos que são os mais utilizados: *Hope Index*, *Herth Hope Index* e *Adult Dispositional Hope Scale*.

A *Hope Index* (STAATS, 1989), ou Escala de Esperança Cognitiva, foi adaptada e validada no Brasil por Pacico e colaboradores (2011). É originalmente constituída por 16 itens, divididos em duas subescalas (esperança autocentrada e esperança altruísta), e avalia a interação entre desejos e expectativas. No estudo brasileiro, foi empregada a mesma metodologia utilizada pela autora da escala, sendo solicitado a uma amostra a definição de esperança, e após análise, fez-se necessário a adição de 5 itens ao instrumento, que fazem parte da escala autocentrada. O instrumento tem validade para adultos e adolescentes (PACICO; BASTIANELLO, 2014).

O instrumento *Herth Hope Index* (HHI) (HERTH, 1992), ou Escala de Esperança de Herth (EEH), foi adaptado e validado no Brasil por Sartore e Grossi (2008). Trata-se de um instrumento que quantifica a esperança de vida de um indivíduo mais especificamente na prática clínica e no contexto de final da vida (HERTH, 1992). Conta com 12 afirmativas com escala do tipo Likert de quatro pontos, sendo uma escala breve e de fácil compreensão, que pode ser utilizada em adultos e crianças e é utilizada em avaliação de indivíduos com diferentes patologias.

A *Adult Dispositional Hope Scale* (ADHS) (SNYDER *et al*, 1991), ou Escala de Esperança Disposicional, foi adaptado e validado no Brasil por meio de dois estudos, um com 450 adolescentes de 14 a 18 anos (PACICO *et al*, 2013) com coeficiente de Cronbach de 0,80, e outro de 844 adultos de 17 a 36 anos (PACICO *et al*, 2012) com coeficiente de Cronbach de 0,79.

Esse instrumento conta com 12 itens distribuídos igualmente entre rotas, agenciamentos e itens filtro, de acordo com uma escala Likert de cinco pontos (sendo 1 = totalmente falsa, e 5 = totalmente verdadeira) para avaliar o nível de concordância com cada uma das questões.

O cálculo do score é feito somando a pontuação obtida nas questões 1, 4, 6, 8 (rotas) e 2, 9, 10, 12 (agenciamentos); as questões 3, 5, 7 e 11 não são utilizadas, pois são consideradas apenas itens distratores. Para a interpretação dos resultados,

é utilizada uma tabela de acordo com os percentis e escores brutos conforme a faixa etária.

Trata-se de uma escala de fácil aplicação, rápida e com necessidade mínima de intervenção do aplicador (PACICO; BASTIANELLO, 2014).

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 OBJETIVO GERAL**

Avaliar a relação entre bem-estar, qualidade de vida e esperança dos cuidadores familiares de pessoas com esquizofrenia.

#### **3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever o bem-estar psicológico, a qualidade de vida e esperança de cuidadores familiares de pessoas com esquizofrenia;
- Mensurar e correlacionar o grau de bem-estar psicológico, qualidade de vida e esperança disposicional em cuidadores familiares de pessoas com esquizofrenia.

## 4 MATERIAL E MÉTODO

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se um estudo descritivo, transversal.

### 4.2 POPULAÇÃO E LOCAL DE ESTUDO

Fizeram parte da pesquisa, cuidadores familiares de pacientes esquizofrênicos adultos atendidos no Centro de Atenção Psicossocial III (CAPS III) em uma cidade de grande porte no norte do Paraná.

Foram selecionados todos os pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, de acordo com o Código Internacional de Doenças (CID-10) compreendido pelos códigos de F-20.0 a F-20.9, que constavam nos registros do serviço. Com isso, a população de pacientes e seus respectivos familiares foi quantificada em 320 casos. Para o cálculo estatístico, foi utilizado o programa IBM *Sample Power* v.3.0, poder de análise de 80%, perdas de 10% e erro padrão médio de 0,2. Com isso, a partir desses parâmetros, a amostra necessária foi estimada em 114 familiares.

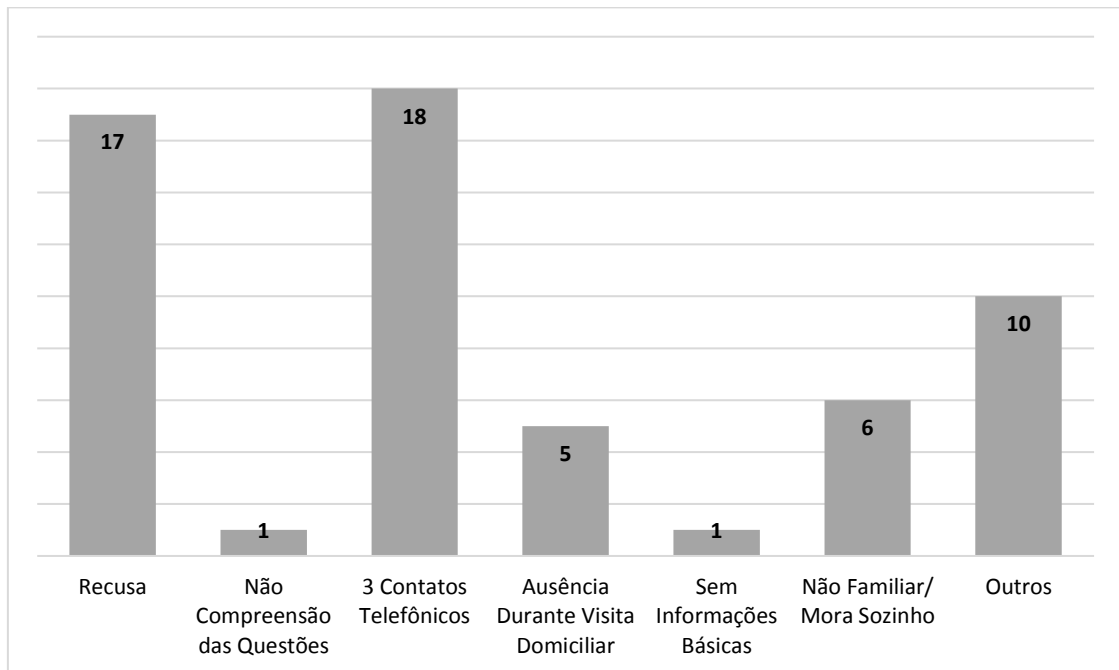
### 4.3 COLETA DE DADOS

Foi realizado o levantamento de dados por meio das fichas elaboradas pelos profissionais (psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais) atuantes no CAPS III, no qual cada um desses profissionais é responsável por uma área do município (Região Norte, Sul, Leste, Oeste e Centro), totalizando 320 casos de pacientes esquizofrênicos em acompanhamento. Foram separados os respectivos prontuários, para que, de forma aleatória, fossem escolhidos os casos a serem pesquisados. Houve um processo de amostragem aleatória, na qual foi elaborada uma sequência numérica para randomização e posterior sorteio de 175 prontuários. Após levantamento de dados desses prontuários, foram revisadas as agendas de consultas de cada região, a fim de conciliar as datas de consulta dos pacientes sorteados para realização da entrevista. As entrevistas foram realizadas com os familiares durante o período de permanência no CAPS III em virtude da consulta e

do grupo de familiares. As entrevistas ocorreram entre os meses de dezembro de 2017 e junho de 2018.

Para os familiares que não foram encontrados nesse primeiro momento, foram realizados até três contatos telefônicos, visando a informar o motivo da ligação e da entrevista. Após o aceite, era agendada visita domiciliar para realização da coleta de dados. A ausência do familiar na data e hora previamente agendadas foi considerada como perda. Dos 175 casos listados, obtivemos 1 exclusão (não demonstrava entendimento frente às questões), 17 recusas em participar da pesquisa e 40 perdas, totalizando 117 entrevistas. Uma vez atingida a amostra necessária, a coleta de dados foi encerrada.

**Figura 1** – Relação de exclusões, perdas e recusas.



Fonte: a própria autora (2018)

No início das entrevistas, foram informados ao participante os objetivos e procedimentos da pesquisa e, após o aceite, foi solicitada a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A).

#### 4.4 INSTRUMENTOS

Para a coleta de dados, foram utilizados quatro instrumentos. Primeiro, um questionário para caracterização sociodemográfica e econômica (Apêndice B). Para avaliação do bem-estar, foi utilizado o questionário *World Health Organization 5-Item Well-Being Index* (WHO-5), ou Índice de Bem-Estar (Anexo A). Para avaliação da QV, foi utilizado o *World Health Organization Quality of Life Instrument* (WHOQOL-Bref), ou Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida Abreviado da Organização Mundial da Saúde (Anexo B). E para avaliação da esperança, foi utilizada a *Adult Dispositional Hope Scale* (ADHS), ou Escala de Esperança Disposicional (Anexo C).

#### 4.5 ANÁLISE DE DADOS

Os dados foram estudados com análise exploratória descritiva, comparação entre medianas, teste de tendência e análise de correlação. Para as análises estatísticas, foi utilizado o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 25.0.

Antes de se proceder à análise estatística propriamente dita, o passo inicial foi realizar um teste de normalidade, visando a escolher entre testes paramétricos, para distribuição normal, e não paramétricos, para não normal. O teste aplicado para avaliar a normalidade da amostra foi o de Kolmogorov-Smirnov, com correlação de Lilliefors, cujos resultados mantiveram-se em  $p < 0,001$ , classificando a amostra como não normal de forma global.

As comparações entre a escolaridade e faixa etária e os Índices de Bem-Estar, IGQV e Esperança Disposicional foram realizadas pelo teste de Kruskal-Wallis, que é indicado para comparações entre três ou mais grupos. A busca por uma relação linear de tendência positiva ou negativa entre os níveis de escolaridade e diferentes faixas etárias e os Índices de Bem-Estar, IGQV e Esperança Disposicional foi verificada pelo teste de Jonckheere--Terpstra. E, a fim de conhecer possíveis correlações e correlações parciais entre as variáveis, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman. O nível de significância adotado foi  $\alpha < 0,05$ , sendo que também foi admitido o nível  $\alpha < 0,01$  na correlação de Spearman.

A correlação de Spearman busca a existência de uma relação linear entre duas variáveis ordinais, podendo expressar se há uma relação positiva, ou seja,

quanto mais uma variável aumenta, mais a outra variável relacionada também aumenta; ou pode também expressar uma relação negativa, significando que, quanto mais uma variável aumenta, mais a outra variável diminui. Dessa forma, a correlação expressa a intensidade da relação entre duas variáveis, e quanto maior o coeficiente de correlação, maior a intensidade dessa relação, cujo valor varia entre -1 e +1. A interpretação de valores varia de acordo com cada autor. Neste estudo, valores de 0 a 0,20 indicam uma correlação muito baixa; de 0,20 a 0,40 indicam correlação baixa; entre 0,40 a 0,60 indicam correlação moderada; entre 0,60 e 0,80, alta; e entre 0,80 e 1,0, muito alta (BISQUERRA; SARRIERA; MARTINEZ, 2004).

Em relação às escalas, como não haviam sido aplicadas anteriormente em familiares de pessoas com esquizofrenia, entendeu-se por bem que seria pertinente a realização de análise de consistência interna das escalas por meio do Coeficiente Alfa de Cronbach. Esta apresentou bons parâmetros, com Alfa de Cronbach de 0,74 para o Índice de Bem-Estar (WHO-5), 0,86 para o WHOQOL-Bref e 0,75 para a Escala de Esperança Disposicional (ADHS). Isso permitiu que os dados pudessem continuar a ser analisados.

#### 4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa, pelo parecer de número: 2.077.240/CAAE: 56875616.0.0000.5231 (Anexo D). Contemplou a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi fornecido em duas vias (uma para o participante e uma para o pesquisador), sendo assim respeitada a autonomia dos sujeitos, acatando sua decisão de participar ou não do estudo, confirmado pela assinatura do TCLE, sendo resguardada sua identidade e anonimato.

## 5 RESULTADOS

Foram entrevistados 117 cuidadores familiares de pessoas com diagnóstico de esquizofrenia acompanhados no CAPS III em uma cidade de grande porte do norte do Paraná.

As características da amostra encontram-se nas Tabelas 1 e 2, a seguir. Os pais foram identificados como os principais cuidadores (53,8%). Do total de cuidadores, 74,4% era do sexo feminino, casada (73,5%) e com média de idade de 56,7 anos ( $DP \pm 15,7$  anos), com idade mínima de 18 anos e máxima de 83.

Quanto à escolaridade, 35% dos cuidadores apresentavam entre 4 e 7 anos de estudo. A renda familiar predominante estava entre 1 e 2 salários mínimos (53,8%), sendo essa atribuída principalmente ao benefício recebido pelo paciente em virtude de sua doença.

Do total, 97,4% dos cuidadores mantinha contato diário com o familiar esquizofrênico, e a média de tempo atuando como cuidador foi 13,4 anos ( $DP \pm 8,7$  anos), com variação entre 2 e 40 anos.

**Tabela 1** – Características sociodemográficas e condições de vida dos familiares.

<b>Características</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Sexo		
Feminino	87	74,4
Masculino	30	25,6
Estado Civil		
Solteiro	13	11,1
Viúvo, separado ou divorciado	18	15,4
Casado	86	73,5
Parentesco		
Pai ou mãe	63	53,8
Irmã(o)	26	22,2
Filho(a)	11	9,4
Cônjuge	12	10,3
Outros	5	4,3
Escolaridade (anos de estudo)		
Sem instrução	8	6,8
1 a 3 anos	12	10,3
4 a 7 anos	41	35
8 a 10 anos	38	32,5
11 a 14 anos	14	12
Mais de 14 anos	4	3,4
Contato com o paciente		
Diário	114	97,4
Semanal	3	2,6
Renda familiar*		
<1 salário mínimo	4	3,4
1 a 2 salários mínimos	63	53,8
3 a 4 salários mínimos	49	41,9
>4 salários mínimos	1	0,9

\*Salário mínimo vigente em 2018 (R\$954,00); n=117

Fonte: a própria autora (2018)

**Tabela 2** – Idade e tempo como cuidador, em termos de média (m) e desvio padrão (DP).

	<b>n</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
<b>Idade</b>	117	18	83	56,79	15,75
<b>Tempo como cuidador</b>	117	2	40	13,46	8,73

Fonte: a própria autora (2018)

Com o objetivo de avaliar o nível de bem-estar da população estudada, foi utilizado o instrumento Índice de Bem-estar (WHO-5). Como se observa na Tabela 3, a média das respostas variou entre 2,23 e 2,85, sendo considerada uma baixa pontuação.

**Tabela 3** – Estatística descritiva para cada questão do instrumento WHO-5.

<b>Questões</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
Senti-me alegre e bem-disposto?	2,74	1,03
Senti-me calmo e tranquilo?	2,69	1,11
Senti-me ativo e enérgico?	2,68	1,12
Acordei e senti-me fresco e repousado?	2,85	1,14
O meu dia a dia tem sido preenchido com coisas que me interessam?	2,23	1,06

Fonte: a própria autora (2018)

Em relação à pontuação obtida, pode-se observar a Tabela 4. Apenas 5,1% dos cuidadores apresentaram pontuação maior que 20; 94,9% apresentaram abaixo de 20 pontos.

Entre esses 111 cuidadores (94,9%) que obtiveram abaixo de 20 pontos, 64 (54,7%) apresentaram pontuação igual ou menor que 13.

**Tabela 4** – Pontuação obtida no Índice de Bem-Estar (WHO-5) pelos cuidadores familiares.

<b>Pontuação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
20 pontos ou mais	6	5,1
Abaixo de 20 pontos	111	94,9
Abaixo de 13 pontos	64	54,7

n=117

Fonte: a própria autora (2018)

Observa-se na Tabela 5, quando realizada a média dos escores, que se obteve uma média geral de 13,56, e, ao analisar separadamente por gênero, 14,33 foi a média obtida para homens, e 12,79 para mulheres.

**Tabela 5** – Média de escores brutos obtidos na WHO-5.

	<b>Média</b>
Homem	14,33
Mulher	12,79
Geral	13,56

n=117

Fonte: a própria autora (2018)

Para avaliar a QV, foi utilizada a escala WHOQOL-Bref. A Tabela 6 mostra a variação entre as respostas mínima e máxima de acordo com cada domínio. Ao analisar as médias, observa-se que o domínio psicológico e o domínio de relações sociais foram os que obtiveram menor escore (m=3,2 e m=2,8 respectivamente).

**Tabela 6** – Medidas de tendência central descritiva dos domínios do WHOQOL-Bref.

<b>Domínios</b>	<b>n</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
Qualidade de vida geral	117	1,50	4,50	3,37	0,53
Qualidade de vida – Domínio Físico	117	2,14	4,71	3,54	0,56
Qualidade de vida – Domínio Psicológico	117	2,17	4,17	3,23	0,43
Qualidade de vida – Domínio Relações Sociais	117	1,00	4,00	2,76	0,65
Qualidade de vida - Domínio Meio Ambiente	117	2,25	4,00	3,32	0,39

Fonte: a própria autora (2018)

Os dados da Tabela 7 mostram as correlações entre a idade e os domínios do WHOQOL-Bref. Ambos os domínios se apresentam correlacionados negativamente, com associação mais forte especialmente no domínio de relações sociais ( $r=-0,401/p<0,01$ ).

**Tabela 7** – Coeficiente de Correlação de Spearman entre a idade e os domínios do WHOQOL-Bref do cuidador familiar de pessoas com esquizofrenia.

	<b>IGQV</b>	<b>Domínio Físico</b>	<b>Domínio Psicológico</b>	<b>Domínio Meio Ambiente</b>	<b>Domínio Relações Sociais</b>
Idade	-0,193*	-0,310**	-0,142	-0,221*	-0,401**
r					
p valor	0,037	0,001	0,127	0,016	0,000

\*correlação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ); \*\*correlação estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ).  
Fonte: a própria autora (2018)

Para avaliação da esperança, foi utilizada a Escala de Esperança Disposicional. O escore bruto considerado normal para população adulta é de 32 (média de 31,6). Como é possível observar na Tabela 8, apenas 4,3% da amostra estudada apresentou o escore aceitável, e 17,9% apresentaram acima de 32 pontos.

**Tabela 8** – Frequência e porcentagem obtidas pelos cuidadores familiares na Escala de Esperança Disposicional.

<b>Pontuação</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Acima de 32 pontos	21	17,9
32 pontos	5	4,3
Abaixo 32 pontos	91	77,8

n=117

Fonte: a própria autora (2018)

Conforme apresentado na Tabela 9, 77,8% apresentou escores abaixo de 32, com média de 27,9, sendo considerado baixo nível de esperança.

**Tabela 9** – Domínios que compõem rotas e agenciamentos da Escala de Esperança Disposicional, com médias respectivas e geral.

Questões	Média
Rotas	14,8
1. Eu posso pensar em várias formas de lidar com situações difíceis.	
4. Existem sempre muitas formas de resolver os problemas.	
6. Eu posso pensar em muitas formas de conseguir as coisas que são muito importantes para mim.	
8. Mesmo quando os outros desistem, eu sei que posso encontrar alguma forma de resolver os problemas.	
Agenciamentos	13,1
2. Eu me esforço para atingir meus objetivos.	
9. Minhas experiências no passado me prepararam bem para enfrentar o futuro.	
10. Eu tenho tido muito sucesso na vida.	
11. Eu atinjo os objetivos que estabeleço para mim.	
Esperança Geral	27,9

n=117

Fonte: a própria autora (2018)

A comparação entre escolaridade e Esperança Disposicional resultou no valor de  $p=0,021$  no teste de Kruskal-Wallis, conforme apresentado na Tabela 10:

**Tabela 10** – Estatística Teste de Kruskal-Wallis entre escolaridade e Índice de Bem-Estar, Índice Geral de Qualidade de Vida e Esperança Disposicional.

	Índice de Bem-Estar	Índice Geral de Qualidade de Vida	Esperança Disposicional
H de Kruskal-Wallis	4.805	6.786	13.241
p valor	0.440	0.237	<b>0.021</b>

Fonte: a própria autora (2018)

Quanto ao teste de Jonckheere-Terpstra, foram obtidos os valores de 2,703 e  $p=0,007$ , apresentados na Tabela 11.

**Tabela 11** – Teste Jonckheere-Terpstra entre escolaridade e Índice de Bem-Estar, Índice Geral de Qualidade de Vida e Esperança Disposicional.

	Índice de Bem-Estar	Índice Geral de Qualidade de Vida	Esperança Disposicional
Desvio Estatística J-T	0.099	0.851	<b>2.703</b>
p valor	0.921	0.395	<b>0.007</b>

Fonte: a própria autora (2018)

Apesar de os resultados terem sido estatisticamente significativos apenas quando comparado escolaridade e Esperança Disposicional, conforme podemos observar na Tabela 12, quanto maior a escolaridade (acima de 8 anos de estudo), maiores os níveis de Bem-Estar, IGQV e Esperança.

**Tabela 12** – Teste de medianas entre escolaridade e Índice de Bem-Estar, Índice Geral de Qualidade de Vida e Esperança Disposicional

	<b>Escolaridade</b>	<b>n</b>	<b>Posto Médio</b>
Índice de Bem-Estar	Sem instrução	8	64.94
	De 1 a 3 anos	12	63.38
	De 4 a 7 anos	41	57.18
	De 8 a 10 anos	38	53.29
	De 11 a 14 anos	14	64.71
	Mais de 14 anos	4	86.88
	Total	117	
Índice Geral Qualidade de Vida	Sem instrução	8	65.94
	De 1 a 3 anos	12	47.75
	De 4 a 7 anos	41	60.44
	De 8 a 10 anos	38	52.95
	De 11 a 14 anos	14	71.32
	Mais de 14 anos	4	78.50
	Total	117	
Esperança Disposicional	Sem instrução	8	25.44
	De 1 a 3 anos	12	47.17
	De 4 a 7 anos	41	62.33
	De 8 a 10 anos	38	60.24
	De 11 a 14 anos	14	67.46
	Mais de 14 anos	4	86.13
	Total	117	

Fonte: a própria autora (2018)

Quando comparado faixa etária e Índice de Bem-Estar, IGQV e Esperança Disposicional, observam-se resultados similares aos obtidos quando comparada a escolaridade. Foram obtidos resultados estatisticamente significativos também em relação à Esperança, porém negativamente, com valor de  $p=0,005$  no teste de Kruskal-Wallis. E quanto ao teste de Jonckheere-Terpstra, valores de  $-3,186$  e  $p=0,001$ , apresentados nas Tabelas 13 e 14, respectivamente.

**Tabela 13** – Teste de Kruskal-Wallis entre faixa etária e Índice de Bem-Estar, Índice Geral de Qualidade de Vida e Esperança Disposicional.

	<b>Índice de Bem-Estar</b>	<b>Índice Geral de Qualidade de Vida</b>	<b>Esperança Disposicional</b>
H de Kruskal-Wallis	2.772	1.900	10.714
p valor	0.250	0.387	<b>0.005</b>

Fonte: a própria autora (2018)

**Tabela 14** – Teste Jonckheere-Terpstra entre faixa etária e Índice de Bem-Estar, Índice Geral de Qualidade de Vida e Esperança Disposicional.

	<b>Índice de Bem-Estar</b>	<b>Índice Geral de Qualidade de Vida</b>	<b>Esperança Disposicional</b>
Desvio Estatística J-T	0.388	-1.345	<b>-3.186</b>
p valor	0.698	0.179	<b>0.001</b>

Fonte: a própria autora (2018)

Quando se observa a Tabela 15, é possível notar que o mesmo fato acontece com o IGQV.

**Tabela 15** – Teste de medianas entre faixa etária e Índice de Bem-estar, Índice Geral de Qualidade de Vida e Esperança Disposicional.

	<b>Faixa Etária</b>	<b>n</b>	<b>Posto Médio</b>
Índice de Bem-Estar	Até 46 anos	56	55.71
	47 a 68 anos	30	67.82
	69 anos ou mais	31	56.40
	Total	117	
Índice Geral de Qualidade de Vida	Até 46 anos	56	63.21
	47 a 68 anos	30	56.22
	69 anos ou mais	31	54.10
	Total	117	
Esperança Disposicional	Até 46 anos	56	68.15
	47 a 68 anos	30	58.03
	69 anos ou mais	31	43.40
	Total	117	

Fonte: a própria autora (2018)

Analisando as variáveis, podemos observar que há correlações entre todas as variáveis existentes. Conforme é possível ver na Tabela 16, a seguir, todas as correlações são significativas e apresentam um grau de significância alto ( $p < 0,01$  e  $p < 0,05$ ).

Analisando as variáveis da Tabela 16, observa-se que há correlações significativas entre todas as variáveis existentes. Podemos constatar que a intensidade da correlação é alta ( $r$  0,60 a 0,80) entre o domínio físico e o domínio meio ambiente ( $r=0,679$ ; variância 46,10%;  $p$  valor  $< 0,01$ ). Isso significa que, quanto maiores os níveis do domínio físico, maior também a propensão para os níveis do domínio meio ambiente. E ao se verificar a variância de 46,1%, pode-se inferir que tais porcentagens explicam a variabilidade entre os domínios, o que significa que 53,9% não se explicam por esses dois domínios e são atribuídas a outras relações e variáveis. A mesma situação acontece com a correlação entre o IGQV e domínio físico ( $r=0,638$ ; variância 40,70%;  $p < 0,01$ ).

Observamos correlação moderada ( $r$ 0,40 a 0,60) entre os domínios psicológico e meio ambiente ( $r=0,437$ ); psicológico e relações sociais ( $r=0,442$ );

psicológico e IGQV ( $r=0,498$ ); domínio psicológico e Bem-Estar ( $r=0,464$ ); domínio psicológico e Esperança Disposicional ( $r=0,479$ ); domínio meio ambiente e Esperança Disposicional ( $r=0,420$ ); domínio meio ambiente e IGQV ( $r=0,504$ ); domínio relações sociais e Esperança Disposicional ( $r=0,595$ ); e entre Bem-Estar e IGQV ( $r=0,464$ ).

**Tabela 16** – Matriz de Correlação de Spearman e variância entre os domínios da Qualidade de Vida, Bem-Estar e Esperança Disposicional.

	Índice Geral de Qualidade de Vida	Qualidade de Vida – Domínio Físico	Qualidade de Vida – Domínio Psicológico	Qualidade de Vida – Domínio Relações Sociais	Qualidade de Vida – Domínio Meio Ambiente	Índice de Bem-Estar	Esperança Disposicional
Índice Geral de Qualidade de Vida							
r	1,000	0.638**	0.498**	0.217*	0.504**	0.464**	0.342**
Variância	-	40,70%	24,80%		25,04%	21,52%	11,69%
p valor	-	0,000	0,000	0,019	0,000	0,000	0,000
Qualidade de Vida – Domínio Físico							
r	0.638**	1,000	0.390**	0.322**	0.679**	0.325**	0.369**
Variância	40,70%	-	15,21%	10,36%	46,10%	10,56%	13,61
p valor	0,000	-	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Qualidade de Vida – Domínio Psicológico							
r	0.498**	0.390**	1,000	0.442**	0.437**	0.464**	0.479**
Variância	24,80%	15,21%	-	19,53%	19,09%	21,52%	22,94%
Qualidade de Vida – Domínio Relações Sociais							
r	0.217*	0.322**	0.442**	1,000	0.290**	0.202*	0.595**
Variância	4,70%	10,36%	19,53%	-	8,41%	4,08	35,40%
p valor	0,019	0,000	0,000	-	0,002	0,029	0,000
p valor	0,000	0,000	-	0,000	0,000	0,000	0,000

continua

conclusão

	Índice Geral de Qualidade de Vida	Qualidade de Vida – Domínio Físico	Qualidade de Vida – Domínio Psicológico	Qualidade de Vida – Domínio Relações Sociais	Qualidade de Vida – Domínio Meio Ambiente	Índice de Bem-Estar	Esperança Disposicional
Qualidade de Vida – Domínio Meio Ambiente							
r	0.504**	0.679**	0.437**	0.290**	1,000	0.256**	0.420**
Variância	25,40%	46,10%	19,09%	8,41%	-	6,55%	17,64
p valor	0,000	0,000	0,000	0,002	-	0,005	0,000
Índice de Bem-Estar da OMS							
r	0.464**	0.325**	0.464**	0.202*	0.256**	1,000	0.317**
Variância	21,52%	10,56%	21,52%	4,08%	6,55%	-	10,04%
p valor	0,000	0,000	0,000	0,029	0,005	-	0,001
Esperança Disposicional							
r	0.342**	0.369**	0.479**	0.595**	0.420**	0.317**	1,000
Variância	11,69%	13,61%	22,94%	35,40%	17,64%	10,04%	-
p valor	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,001	-

\*correlação estatisticamente significativa ( $p < 0,05$ ); \*\*correlação estatisticamente significativa ( $p < 0,01$ ). Fonte: a própria autora (2018)

Quando analisadas as variáveis de acordo com a correlação parcial, ou seja, medindo o grau de associação entre duas variáveis e mantendo a terceira variável constante, observamos novos valores, e ainda há correlação significativa entre o Índice de Bem-Estar e o IGQV ( $r=0,479$ ;  $p<0,01$ ), conforme se observa na Tabela 17:

**Tabela 17** – Correlação Parcial entre as variáveis Índice de Bem-Estar e Índice Geral de Qualidade de Vida.

Variáveis de Controle			Índice de Bem-Estar	Índice Geral de Qualidade de Vida
Esperança Disposicional	Índice de Bem-Estar	r	1.000	0.479
		p valor	-	0.000
	Índice Geral de Qualidade de Vida	r	0.479	1.000
		p valor	0.000	-

Fonte: a própria autora (2018)

O mesmo fato ocorre entre o Índice de Bem-Estar e Esperança Disposicional ( $r=0,221$ ;  $p<0,05$ ), conforme exposto na Tabela 18:

**Tabela 18** – Correlação Parcial entre as variáveis Índice de Bem-Estar e Esperança Disposicional.

Variáveis de controle			Índice de Bem-Estar	Esperança Disposicional
Índice Geral de Qualidade de Vida	Índice de Bem-Estar	r	1.000	0.221
		p valor	-	0.017
	Esperança Disposicional	r	0.221	1.000
		p valor	0.017	-

Fonte: a própria autora (2018)

## 5 DISCUSSÃO

Estudos brasileiros realizados nos estados de Minas Gerais (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007), Rio de Janeiro (REIS *et al*, 2016) e Ceará (OLIVEIRA *et al*, 2017), identificaram as mães como sendo as principais cuidadoras desses indivíduos. Os resultados do presente estudo corroboram essa tendência, pois, na amostra estudada, houve prevalência de mulheres, casadas e com média de idade de 56,7 anos, sendo principalmente representadas pelas mães dos indivíduos com esquizofrenia.

Os estudos mostram que tal resultado deve-se pela distribuição dos cuidados pelos membros da família, sendo culturalmente o cuidado um padrão típico de obrigação conforme o grau de parentesco, tornando, assim, pais e cônjuges os mais envolvidos em tal tarefa (TESSLER; GAMACHE, 2000; NOLASCO *et al*, 2014).

Os cuidadores familiares mantinham contato diário com o familiar esquizofrênico (97,4%) e atuavam por um período longo como cuidador (m=13,46 anos). Esses fatos, segundo estudo de Tabeleão, Tomasi e Quevedo (2014) podem ser atribuídos à não quebra de um ciclo de dependência, na qual normalmente espera-se que, com o passar dos anos, essas pessoas se tornem adultas e mais independentes, o que na maioria das vezes, não ocorre com os portadores de doenças psíquicas, fazendo com que esse ciclo de independência não seja característico desse grupo, mantendo, assim, a responsabilidade em cuidar integralmente e por um longo período de tempo voltada aos pais, ou parentes mais próximos responsáveis pela criação.

Em relação à escolaridade e à renda familiar, estudos nacionais realizados com cuidadores familiares de pessoas com transtorno mental (BARROSO; BANDEIRA; NASCIMENTO, 2007; OLIVEIRA *et al*, 2017; REIS *et al*, 2016), e com cuidadores de pacientes em condições crônicas como tratamento quimioterápico (TOLEDO; BALLARIN, 2013), e estudos internacionais realizados com cuidadores familiares de idosos (RUSHTON, 2017; XIE *et al*, 2016), mostraram resultados semelhantes, nos levando a inferir, que a carga de trabalho impede que o cuidador mantenha um vínculo empregatício, ou até mesmo, apresente disponibilidade para se desenvolver academicamente. Devemos refletir quanto a esses fatores, pois o nível de escolaridade pode influir nos sentimentos dos cuidadores, e a pouca

aprendizagem pode dificultar a compreensão do diagnóstico e tratamento do paciente (LAHAM, 2003) e a baixa renda familiar, somada à responsabilidade e sobrecarga do cuidar, podem implicar negativamente.

Ao analisarmos os resultados obtidos com a WHO-5, 94,9% apresentaram abaixo de 20 pontos, o que, segundo o estudo validado no Brasil (SOUZA; HIDALGO, 2012), sugere presença de transtorno depressivo. Entre esses 111 cuidadores (94,9%) que obtiveram abaixo de 20 pontos, 64 (54,7%) apresentaram pontuação igual ou menor a 13, indicando comprometimento do bem-estar, sendo necessário análises complementares para avaliação de depressão, conforme sugere Bech (2004).

Ao avaliarmos a média dos escores da WHO-5, obtemos uma média geral de 13,56, sendo 14,33 para homens e 12,79 para mulheres. Em estudo nacional realizado no Sul do Brasil com indivíduos da área rural, encontramos médias similares em relação ao gênero, porém com maiores escores, sendo 19,15 para homens e 17,87 para mulheres (CARVALHO; SOUZA; HIDALGO, 2018), o mesmo ocorre em outro estudo internacional realizado na Espanha (LUCAS-CARRASCO, 2012) com idosos, no qual encontramos média de 15,7, sendo 16,4 para homens e 15,0 para mulheres, concluindo que menores escores de bem-estar psicológico se correlacionam com o sexo feminino. Cardoso e Galera (2011) sugerem que tal fato pode estar relacionado ao acúmulo de funções desempenhadas pela mulher, que além de cuidadora, é também dona de casa, mãe e esposa, elevando o nível de sobrecarga. Esse evento torna-se um fator preocupante, visto que se trata de mais da metade da amostra estudada, podendo ser uma condição de alerta para os serviços de saúde sobre a necessidade de um suporte especial para as cuidadoras, uma vez que as mesmas são peças fundamentais no cuidado, tratamento e reabilitação social do paciente.

Com o instrumento WHOQOL-Bref, observou-se que os domínios que obtiveram menor escore foram o psicológico ( $m=3,2$ ) e o de relações sociais ( $m=2,8$ ). Tal evento deve-se ao fato de as questões norteadoras do domínio psicológico serem voltadas a retratar o sentido da vida, modo de aproveitar a vida, concentração, autoestima e aceitação da aparência física, satisfação; e o domínio de relações sociais, retratar as relações pessoais com os amigos, familiares e a vida sexual, questões que são veementemente prejudicadas ou mesmo anuladas com a

intensa exposição à jornada de cuidado, pressão e responsabilidade em torno desses cuidadores.

Foi encontrado apenas um estudo realizado na República de Gana, na África por Opoku-Boateng *et al*, (2017), com cuidadores familiares de pacientes esquizofrênicos em torno da avaliação da QV com utilização da escala WHOQOL-Bref. Os autores expõem que a população estudada apresentou baixa QV, principalmente no domínio físico, seguido pelo domínio psicológico. Tal fato, segundo os autores, está relacionado ao programa de intervenção social a saúde do país não cobrir serviços para a esquizofrenia ou outros transtornos mentais, desta forma, sobrecarregando ainda mais os familiares.

A maior parte dos estudos encontrados voltados à QV com utilização da WHOQOL-Bref, foram de idosos e seus cuidadores, e portadores de doenças crônicas, razão pela qual foram realizadas comparações com esses estudos.

Wachholz, Santos e Wolf (2013), em seu estudo sobre cuidadores de idosos, expõem que os menores escores foram também atribuídos ao domínio psicológico e ao domínio de relações sociais, percebendo que esses cuidadores são as principais fontes de apoio, agregando forte impacto em suas vidas, interferindo, assim, na QV.

Em contrapartida, outros estudos realizados com cuidadores de idosos (ANJOS; BOERY; PEREIRA, 2014; REIS *et al*, 2013) revelam que o domínio meio ambiente é o mais afetado, podendo estar relacionado, nesse caso, às condições de moradia e recursos financeiros ineficazes. Quando observamos que a nossa amostra apresenta resultados contrários a esses estudos, podemos concluir que, mesmo sendo ambos cuidadores, diferem-se nas características dos indivíduos a quem o cuidado é destinado. Enquanto em indivíduos idosos as dificuldades do cuidador familiar estão em torno de gastos financeiros e cuidados de saúde (domínio meio ambiente), nos cuidadores de indivíduos esquizofrênicos elas aparecerem no que se refere à falta de suporte emocional e social, dificuldade nas relações intrapessoais e um amplo anseio de impotência e sentimentos negativos diante da doença, convivência e recuperação do seu ente.

No estudo nacional de Castro *et al*, (2017) realizado com pacientes com doença óssea crônica, não foi encontrada correlação entre idade e os domínios do WHOQOL-Bref, já no presente estudo, houve correlação negativamente significativa entre idade e o domínio de relações sociais ( $r=-0,401$ ), podendo-se inferir que no

cuidador familiar de pessoas esquizofrênicas, conforme maior a idade, pior é o desenvolvimento das relações sociais.

Em relação à escala de Esperança Disposicional, quase 78% da população estudada apresentou escores abaixo de 32, com média de 27,9. Visto que a esperança passar a existir quando o indivíduo tem como objetivo uma meta que deseja alcançar, dispondo de caminhos e motivação para chegar até ela, é possível que o fato de ter que cuidar de um doente crônico, frágil e sujeito a incapacidades possa interferir na autoconfiança, fazendo perder, assim, sua motivação e, conseqüentemente, diminuindo os níveis de esperança, conforme evidenciado pelo estudo de Vrborá *et al.*, (2017).

Em estudo australiano, realizado com idosos foram obtidas médias de esperança ainda menores se comparadas ao presente estudo, com média de 25,5, podendo esse dado ser atribuído ao comprometimento funcional ocasionado pelo envelhecer. Ainda, segundo a autora a esperança atua como fator de proteção para o desenvolvimento de sintomas depressivos (TRIZIDE *et al.*, 2017).

Nesse contexto, estudos nacionais de Kantorski *et al.*, (2012) e Reis *et al.*, (2016) sugerem a importância do acolhimento familiar em torno das dificuldades vivenciadas, a fim de minimizar o grau de sobrecarga gerada pelo ato de cuidar diariamente, e ainda conforme recomenda Tabeleão, Tomasi e Quevedo (2014), o cuidador familiar do paciente esquizofrênico deve ser visto não somente como uma pessoa que cuida de seu ente, mas sim, como um paciente, devendo ser incluído em um programa intenso de tratamento e acompanhamento médico de saúde mental.

Conforme resultados das análises estatísticas pelo teste de Kruskal-Wallis e Jonckheere-Terpstra, foi encontrada significância estatística quando se compararam a escolaridade e a Esperança Disposicional (Tabelas 10 e 11). Isso denota que há uma tendência de que, quanto mais anos de estudo, maiores são a motivação e os caminhos buscados por esses cuidadores para se atingir um objetivo por esses cuidadores, e que há diferenças significativas quanto ao grau de esperança e escolaridade quando comparado às outras escalas. E verifica-se que há uma tendência linear de que, quanto mais estudo o indivíduo tenha, mais esperança ele tende a ter.

Por meio dos resultados apresentados na Tabela 12, podemos observar que, quanto maior a escolaridade (acima de 8 anos de estudo), maiores os níveis de Bem-Estar, IGQV e Esperança. Isso nos mostra que possuir um maior nível de

conhecimento favorece o desenvolvimento de fatores benéficos em relação aos sentimentos subjetivos sentidos e vivenciados. No estudo de Opoku-Boateng *et al*, (2017), foram encontrados dados que corroboram essa tendência, de modo que os níveis de QV aumentavam conforme maior o nível de escolaridade.

Obtemos também resultados estatisticamente significativos pelos testes de Kruskal-Wallis e Jonckheere-Terpstra em relação à faixa etária e Esperança, porém negativamente. Nesse caso, ser negativamente significante indica que, quanto mais idade, menos o nível de Esperança. Notamos que o mesmo fato ocorre com o IGQV, ou seja, o estresse motivado pela sobrecarga do cuidado prestado causa no cuidador familiar um sentimento de impotência, tornando-o um sujeito fragilizado e impotente (LIMA, 2017). E com o passar dos anos diminuem significativamente os níveis de esperança e QV, pois o ato de cuidar de um doente que na maioria das vezes não apresenta melhora significativa traz ainda mais desesperança e diminuição dos níveis de QV.

Constatou-se nesse estudo, correlações significativas entre todas as variáveis dos instrumentos utilizados. Em estudo realizado na Espanha (LUCAS-CARRASCO, 2012) analisou-se as correlações existentes entre os instrumentos WHO-5 e WHOQOL-Bref, obtendo resultados semelhantes, encontrando correlações significativas moderada-alta ( $r > 0,50$ ) entre todas as variáveis, exceto na correlação entre WHO-5 e o domínio Relações Sociais ( $r = 0,372$ ). Não foram encontrados estudos correlacionando os três instrumentos.

## 7 CONCLUSÕES

Os resultados evidenciaram que o familiar se tornou fundamental fonte de cuidado, ligado ao processo de reconstrução da cidadania da pessoa com esquizofrenia, sendo representado principalmente pelas mães.

A intensa jornada de cuidados sem conhecimento e sem preparo é condição de risco vivenciada por esses cuidadores familiares, sendo verificado resultados sugestivos de presença de transtorno depressivo. Fatores como a falta de suporte social e sentimentos negativos foram pontos que favoreceram negativamente a QV nos domínios psicológico e de relações sociais. Houve também a presença de baixos níveis de esperança se comparado à população geral.

Verificou-se ainda a relação entre o nível de escolaridade e idade com a esperança, quanto mais anos de estudo do cuidador, mais esperança ele apresentava, e quanto mais velho, menor era sua esperança.

O presente estudo mostrou a importância de utilizar os três instrumentos, pois apresentou correlação significativa entre eles.

Entre as limitações deste estudo, as principais podem ser consideradas a falta de estudos relacionados ao cuidador familiar de pessoas com esquizofrenia, e especialmente quanto à utilização de escalas para mensurar os construtos subjetivos sentidos e vivenciados por essa população, e a ausência de estudos com o tema de correlação entre os três instrumentos utilizados, o que impede a comparação com outros locais e/ ou populações.

Não obstante a essas limitações, o estudo trouxe avanços significativos para o conhecimento sobre os construtos subjetivos em torno do cuidador familiar da pessoa com esquizofrenia e suas principais apreensões em relação a sua QV, bem-estar e esperança, bem como o subsídio para a reformulação dos serviços e políticas de saúde mental, por meio do desenvolvimento de estratégias nos grupos de famílias, com esclarecimento de dúvidas, inclusão desses cuidadores familiares em um tratamento e acompanhamento médico, a fim de tentar prevenir sofrimento psíquico, auxiliando na melhoria do bem-estar, da QV e da esperança desses cuidadores familiares.

Ao reconhecer a relação existente entre os aspectos estudados, os profissionais de saúde podem incorporar tal conhecimento em sua prática assistencial, direcionando o planejamento da assistência em saúde mental,

particularmente o profissional na sua atuação, uma vez que esses estão em contato constante com os familiares, podem colaborar para a adesão ao tratamento e melhor reinserção social dos indivíduos esquizofrênicos.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A. S.; TRÓCCOLI, B. T. Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 20, n. 2, p. 153-164, maio-ago. 2004. ISSN 0102-3772.
- ANJOS, K. F. dos; BOERY, R. N. S. de O.; PEREIRA, R. Qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos dependentes no domicílio. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 3, p. 600-608, jul.-set. 2014. ISSN 0104-0707. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt\\_0104-0707-tce-23-03-00600.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v23n3/pt_0104-0707-tce-23-03-00600.pdf). Acesso em: 15 out. 2018.
- BARROSO, S. M.; BANDEIRA, M.; NASCIMENTO, E. do. Sobrecarga de familiares de pacientes psiquiátricos atendidos na rede pública. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n. 6, p. 270-277, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34n6/v34n6a03.pdf>>. Acesso em: 30 set. 2018.
- BECH, P. Measuring the dimension of psychological general well-being by the WHO-5. **QoL Newsletter**, n. 32, p. 15-16, 2004.
- BISQUERRA, R.; SARRIERA, J. C.; MARTÍNEZ, F. **Introdução à estatística**. Porto Alegre: Artmed, 2004. 256 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n.º 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da] União**. Brasília (DF), 2011. Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088\\_23\\_12\\_2011\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html). Acesso em: 26 abr. 2017.
- CARDOSO, L.; GALERA, S. A. F. O cuidado em saúde mental na atualidade. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 3, p. 687-691, June 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342011000300020&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000300020&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 05 Dez. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000300020>.
- CARVALHO, F. G.; SOUZA, C. M. de; HIDALGO, M. P. L. Work routines moderate the association between eveningness and poor psychological well-being. **PLoS One**, v. 13, p. e0195078, 2018.
- CASTRO, G. R. W. de, et al. Determinants of quality of life in Paget's disease of bone. **Rev. Bras. Reumatol.**, São Paulo, v. 57, n. 6, p. 566 -573, Dez. 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0482-50042017000600566&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0482-50042017000600566&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 06 Dez. 2018. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rbre.2017.06.002>.
- CAVALHERI, S. C. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 1, p. 51-57, fev. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=>

sci\_arttext&pid=S0034-71672010000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 25 out. 2018.

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 39, n. 3, p. 143-50, maio-jun. 1999.

DELGADO, P. G. Sobrecarga do cuidado, solidariedade e estratégia de lida na experiência de familiares de Centros de Atenção Psicossocial. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1103-1126, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01103.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2017.

DAY, H.; JANKEY, S. G. Lessons from the literature: toward a holistic model of quality of life. In: RENWICK, R.; BROWN, I.; NAGLER, M. (Eds.). **Quality of life in health promotion and rehabilitation: conceptual approaches, issues and applications**. Thousand Oaks: Sage, 1996.

DIENER, E. *et al.* Subjective well-being: three decades of progress. **Psychological Bulletin**, n. 125, p. 276-302, 1999.

DIENER, E. *et al.* The satisfaction with life scale. **J Pers Assess**, v. 49, n. 1, p. 71-75, Feb. 1985. ISSN 0022-3891.

DODGE, R.; DALY, A. P.; RUYTON, J.; SANDERS, L. D. The challenge of defining wellbeing. **International Journal of Wellbeing**, v. 2, n. 3, p. 222-235, 2012.

EUROQOL GROUP. EuroQol – a new facility for the measurement of health-related quality of life. **Health Policy**, v. 16, p. 199-208, 1990.

FLECK, M. P. de A. Instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL). IN: GORENSTEIN, Clarice; WANG, Yuan-Pang; HUNGERBUHLER, Ines. **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 443-448.

FLECK, M. P. de A.; LEAL, O. F.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 19-28, mar. 1999. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-44461999000100006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44461999000100006&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 4 out. 2018.

FLECK, M. P. de A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-bref". **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 2, p. 178-183, abr. 2000. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102000000200012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000200012&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 23 jul. 2017.

GUIMARÃES, M. L.; SOUZA, M. C. M. R.; AZEVEDO, R. S.; PAULUCCI, T. D. O cuidado ao idoso em saúde coletiva: um desafio e um novo cenário de prática. In: SOUZA, M. C. M. R.; HORTA, N. C. (Orgs.). **Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2012.

HENNA, E.; ZILBERMAN, M.; GORENSTEIN, C. Instrumentos de avaliação do bem-estar. In: GORENSTEIN, C.; WANG, Y. *et al* (Eds.). **Instrumentos de avaliação em saúde mental**. Porto Alegre: Artmed, 2016. p. 456-461.

HERTH, K. (1992). Abbreviated instrument to measure Hope: development and psychometric evaluation. **Journal of Advanced Nursing**, v. 17, p. 1251-1259, 1992.

KANTORSKI, L. P.; MACHADO, R. A.; LEMÕES, M. A. M.; QUADROS, L. de C. M. de; COIMBRA, V. C. C.; JARDIM, V. M. da R. Avaliação da estrutura e processo na visão dos familiares de usuários de saúde mental. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 1, p. 173-180, 2012. DOI: 10.4025/ciencucuidsaude.v11i1.18875.

LAHAM, C.F. **Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar [dissertação]**. São Paulo: Programa de Pós-Graduação em Ciências da Universidade de São Paulo; 2003.

LIMA, I. C. S.; LIMA, S. B. de A. Vivenciando sentimentos e fragilidades do cuidar em esquizofrenia: visão de familiares cuidadores. **Revista Fund Care Online**, v. 9, n. 4, p. 1081-1086, out.-dez.2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i4.1081-1086>.

LOGSDON, R. G.; GIBBONS, L. E.; MCCURRY, S. M.; TERI, L. Quality of life in Alzheimer's disease: patient and caregiver reports. **J Mental Health Aging**, v. 5, n. 1, p. 21-32, 1999.

LUCAS-CARRASCO, R. (2012). Reliability and validity of the Spanish version of the World Health Organization-Five Well-Being Index in elderly. **Psychiatry and Clinical Neurosciences**, 66(6), 508–513. doi:10.1111/j.1440-1819.2012.02387.x

MAURIN, J.T.; BOYD, C.B. - Burden of mental illness on the family: a critical review. **Archives of Psychiatric Nursing** 4(2): 99-107, 1990.

MINAYO, M. C. de S.; HARTZ, Z. M. de A.; BUSS, P. M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 7-18, 2000. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100002&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 4 out. 2018.

NOLASCO, M.; BANDEIRA, M.; OLIVEIRA, M. S. de; VIDAL, C. E. L. Sobrecarga de familiares cuidadores em relação ao diagnóstico de pacientes psiquiátricos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 63, n. 2, p. 89-97, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v63n2/0047-2085-jbpsiq-63-2-0089>. Acesso em: 30 set. 2018.

OLIVEIRA, E. N.; ELOIA, S. M. C.; LIMA, D. dos S.; ELOIA, S. C.; LINHARES, A. M. F. Family needs a break: it takes care of people with mental disorder. **Revista Fund Care Online**, v. 9, n. 1, p. 71-78, jan.-mar. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i1.71-78>.

OPOKU-BOATENG, Y. N.; KRETCHY, I. A.; ARYEETAY, G. C.; DWOMOH, D.; DECKER, S.; AGYEMANG, S. A.; NONVIGNON, J. (2017). Economic cost and quality of life of family caregivers of schizophrenic patients attending psychiatric hospitals in Ghana. **BMC Health Services Research**, 17(S2).doi:10.1186/s12913-017-2642-0

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10**: descrições clínicas e diretrizes diagnósticos. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

PACICO, J. C. **Absenteísmo e relações com esperança, autoeficácia, afetos, satisfação de vida e otimismo**. 2013. 20 f. Monografia (Pós-Graduação em Psicologia Organizacional) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

PACICO, J. C.; BASTIANELLO, M. R. Instrumentos para avaliação da esperança: escala de esperança disposicional e escala de esperança cognitiva. In: HUTZ, Claudio Simon. **Avaliação em Psicologia Positiva**. Porto Alegre: Artmed, 2014. p. 101-110.

PACICO, J. C.; BASTIANELLO, M. R.; HUTZ, C. S. An adult Brazilian version of the Adult Dispositional Hope Scale and correlations among hope, self-esteem, and optimism. Manuscript submitted for publication.

PACICO, J. C.; ZANON, C.; BASTIANELLO, M. R.; HUTZ, C. S. Adaptation and validation of the Hope Index for Brazilian adolescents. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 24, n. 4, p. 666-670, 2011.

\_\_\_\_\_. Adaptation and validation of the dispositional hope scale for adolescents. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 26, n. 3, p. 488-492, 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-79722013000300008&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722013000300008&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 26 maio 2018.

PERKINS, A.; RIDLER, J.; BROWES, D.; PERYER, G.; NOTLEY, C.; & HACKMANN, C. (2018). Experiencing mental health diagnosis: a systematic review of service user, clinician, and carer perspectives across clinical settings. **The Lancet Psychiatry**. doi:10.1016/s2215-0366(18)30095-6

RASMUSSEN, N.; NORHOLM, V.; BECH, P. The internal and external validity of the Psychological General Well-Being Schedule (PGWB). **Quality of Life Newsletter**, v. 22, n. 7, 1999.

REIS, L. A. *et al.* Quality of life and associated factors of caregivers for the elderly with impaired functional capacity. **Brazilian Journal of Physical Therapy**, São Carlos, v. 17, n. 2, p. 146-151, Apr. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-35552013000200146&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552013000200146&Ing=en&nrm=iso). Acesso em: 15 out. 2018.

REIS JÚNIOR, D. R. **Qualidade de vida no trabalho**: construção e validação do questionário QWLQ-78. 2008. 114 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Ponta Grossa, 2008.

REIS, T. L. dos. *et al.* Sobrecarga e participação de familiares no cuidado de usuários de Centros de Atenção Psicossocial. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 109, p. 70-85, jun. 2016. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042016000200070&Ing=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042016000200070&Ing=en&nrm=iso). Acesso em: 17 out. 2018.

RUSHTON, P. W. *et al.* Understanding the burden experienced by caregivers of older adults who use a powered wheelchair: a cross-sectional study. **Gerontology and Geriatric Medicine**, v. 3, p. 1-8, 2017.

RYFF, C. D. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. **J Pers Soc Psychol**, v. 57, n. 6, 1069-1081, 1989.

RYFF, C. D.; ESSEX, M. J. The interpretation of life experience and well-being: the sample case of relocation. **Psychology and Aging**, v. 7, n. 2, p. 507-517, 1992.

SARTORE, A. C.; GROSSI, S. A. A. Escala de Esperança de Herth: instrumento adaptado e validado para a língua portuguesa. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 42, n. 2, p. 227-232, jun. 2008. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342008000200003&Ing=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000200003&Ing=pt&nrm=iso). Acesso em: 11 out. 2018.

SNYDER, C. R.; HARRIS, C.; ANDERSON, J. R.; HOLLERAN, S. A.; IRVING, L. M.; SIGMON, S. T.; YOSHINOBU, L. R.; GIBB, J.; LANGELLE, C.; & HARNEY, P. The will and the ways: development of an individual differences measure of hope. **Journal of Personality and Social Psychology**, n. 60, 570-585, 1991.

SOARES, M. H.; CECILIANO, D. T. D. Stress and satisfaction of family members and independent living skills of psychiatric outpatients. **Archives of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 41, n. 6, p. 138-141, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832014000600138&Ing=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832014000600138&Ing=pt&nrm=iso). Acesso em: 1 maio 2017.

SOUZA, C. M. de; HIDALGO, M. P. L. World Health Organization 5-item Well-Being Index: validation of the Brazilian Portuguese version. **European archives of psychiatry and clinical neuroscience**, v. 262, n. 3, p. 239-244, 2012.

STAATS, S. Hope – a comparison of two self-report measures for adults. **Journal of Personality Assessment**, v. 53, n. 2, 366-375, 1989.

TABELEAO, V. P.; TOMASI, E.; QUEVEDO, L. de A. Sobrecarga de familiares de pessoas com transtorno psíquico: níveis e fatores associados. **Revista Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 63-66, 2014. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-60832014000300063&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-60832014000300063&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 13 jul. 2017.

TOLEDO, M. O.; BALLARIN, M. L. G. S. O cotidiano de cuidadores primários de pacientes em tratamento quimioterápico. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional** – UFSCar, v. 21, n. 1, p. 75-81, 2013.

TREZISE, A.; MCLAREN, S.; GOMEZ, R.; BICE, B.; HODGETTS, J. Resiliency among older adults: dispositional hope as a protective factor in the insomnia–depressive symptoms relation. **Aging & Mental Health**, v. 22, n. 2, p. 1-9, 1989. DOI: 10.1080/13607863.2017.1334191.

VARNI, J. W.; SEID, M.; KURTIN, P. S. PedsQL 4.0: reliability and validity of the Pediatric Quality of Life Inventory version 4.0 generic core scales in healthy and patient populations. **Med Care**, v. 39, n. 8, p. 800-812, 2001.

VECCHIA, R. D.; RUIZ, T.; BOCCHI, S. C. M.; CORRENTE, J. E. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 8, n. 3, p. 246-52, 2005.

VRBOVA, K; PRASKO, J; OCISKOVA, M; & HOLUBOVA, M. (2017). Comorbidity of schizophrenia and social phobia – impact on quality of life, hope, and personality traits: a cross sectional study. **Neuropsychiatric Disease and Treatment**, Volume 13, 2073–2083. doi:10.2147/ndt.s141749

WACHHOLZ, P. A.; SANTOS, R. C. C.; WOLF, L. S. P. Reconhecendo a sobrecarga e a qualidade de vida de cuidadores familiares de idosos frágeis. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 513-526, set. 2013. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-98232013000300010&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-98232013000300010&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 25 out. 2018.

WATSON, D.; CLARK, L. A.; TELLEGEN, A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. **J Pers Soc Psychol**, v. 54, n. 6, p. 1063-70, Jun. 1988. ISSN 0022-3514.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL user manual**. Geneva (Switzerland): World Health Organization, 1998. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/who\\_qol\\_user\\_manual\\_98.pdf](https://www.who.int/mental_health/evidence/who_qol_user_manual_98.pdf). Acesso em: 28 abr. 2017.

\_\_\_\_\_. **WHO-5**. Disponível em: <http://www.who-5.org/>. Acesso em: 1 maio 2017.

XIE H. *et al.* Quality of life in Chinese family caregivers for elderly people with chronic diseases. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 14, p. 99, 2016.

ZANON, C.; BASTIANELLO, M. R.; PACICO, J. C.; HUTZ, C. S. Desenvolvimento e validação de uma escala de afetos positivos e negativos. **Psico-USF**, v. 18, n. 2, p. 193-201, 2013.

ZUNG, W. W. A SELF-RATING DEPRESSION SCALE. **Archives General Psychiatry**, v. 12, p. 63-70, Jan. 1965. ISSN 0003-990X.

\_\_\_\_\_. A rating instrument for anxiety disorders. **Psychosomatics**, v. 12, n. 6, p. 371-9, Nov.-Dec. 1971. ISSN 0033-3182.

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### PESQUISA “PERCEPÇÃO DE BEM-ESTAR, QUALIDADE DE VIDA E ESPERANÇA PARA CUIDADORES FAMILIARES DE PESSOAS COM ESQUIZOFRENIA”

a) Você está sendo convidado a participar como voluntário em uma pesquisa sobre os “Percepção de bem-estar, qualidade de vida e esperança para cuidadores familiares de pessoas com esquizofrenia”, que tem como objetivo avaliar os aspectos psicológicos associados à sobrecarga e estresse dos familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos”. Trata-se de um estudo descritivo e é referente a projeto de pesquisa da Universidade Estadual de Londrina (UEL). No caso de aceitar fazer parte da mesma, você deverá responder a quatro questionários e, que terá sua identificação apenas para fins de controle de pesquisa, e não lhe trará qualquer custo financeiro.

b) Sua participação será de grande valor para melhor entendimento dos fatores que interferem na qualidade de vida, esperança e bem-estar dos familiares cuidadores de pacientes esquizofrênicos, colaborando para a reformulação dos serviços e políticas de saúde mental. Gostaríamos de acrescentar que você terá todas as suas dúvidas esclarecidas, bem como o sigilo das informações garantido e que também poderá desistir de participar da pesquisa no momento que ler o questionário e se sentir constrangido com alguma de suas questões. As conclusões que resultarão desta pesquisa serão apresentadas em instancias públicas como congressos, periódicos e afins garantindo o anonimato dos entrevistados. Em caso de dúvidas, você poderá esclarecê-las com a entrevistadora no telefone (43) 99614-3906, ou no e-mail: patriciafrancisquini@yahoo.com.br, mestranda Patricia Dias Francisquini, em horário comercial.

c) Você tem a liberdade de aceitar ou não responder aos questionários ou a quaisquer questões que lhe constriam.

Eu, \_\_\_\_\_, declaro que, após conveniente esclarecimento pela pesquisadora responsável e de ter compreendido com clareza suas finalidades, procedimentos metodológicos e o destino final das informações recolhidas, consinto em participar livremente do estudo a que se refere este consentimento informado.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2018.

\_\_\_\_\_  
Enf. Mestranda Patricia Dias Francisquini

\_\_\_\_\_  
Pesquisado

## APÊNDICE B – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Nº: _____ Data da entrevista: ____/____/____	
<b>CARACTERIZAÇÃO</b>	
<b>1. Nome:</b>	
<b>2. Idade:</b> ____ anos	<b>3. Sexo:</b> 3.1 ( ) Masculino    3.2 ( ) Feminino
<b>4. Parentesco:</b> 4.1 ( ) Esposo(a) 4.2 ( ) Irmão(ã) 4.3 ( ) Pai/ Mãe 4.4 ( ) Sobrinho(a) 4.5 ( ) Tio(a) 4.6 ( ) Outro: _____	<b>5. Estado Civil:</b> 5.1 ( ) Solteiro(a) 5.2 ( ) Casado(a) 5.3 ( ) Viúvo(a) 5.4 ( ) Separado(a)/ Divorciado(a) 5.5 ( ) Outro _____
<b>6. Escolaridade (anos de estudo):</b> 6.1 ( ) Sem instrução 6.2 ( ) 1 a 3 anos 6.3 ( ) 4 a 7 anos 6.4 ( ) 8 a 10 anos 6.5 ( ) 11 a 14 anos 6.6 ( ) 14 anos ou mais	
<b>7. Há quanto tempo atua como cuidador do familiar?</b>	
<b>8. Contato com o paciente:</b> 8.1 ( ) Diariamente 8.2 ( ) Semanalmente 8.3 ( ) Mensalmente 8.4 ( ) Menos 1 vez/mês	<b>9. Renda Familiar:</b> 9.1 ( ) < 1 salário mínimo 9.2 ( ) 1 a 2 salários mínimos 9.3 ( ) 3 a 4 salários mínimos 9.4 ( ) > 4 salários mínimos
<b>10. Residência:</b> 10.1 ( ) Própria 10.2 ( ) Alugada 10.3 ( ) Outro _____	
<b>11. Problema de Saúde:</b> 11.1 ( ) Não 11.2 ( ) Sim; Qual: _____	
<b>12. Cuida de outro doente:</b> 12.1 ( ) Sim 12.2 ( ) Não	

## **ANEXOS**

**ANEXO A – ÍNDICE DE BEM-ESTAR OMS (CINCO) (WHO-5), VERSÃO DE 1998**

Indique, por favor, para cada uma das cinco afirmações, a que se aproxima mais do modo como tem se sentido nas últimas duas semanas. Note que os números maiores indicam maior bem-estar.

Exemplo: se ao longo das últimas duas semanas se sentiu alegre e bem disposto(a) durante mais de metade do tempo, coloque uma cruz no quadrado com o número 3.

	<i>Durante as últimas duas semanas</i>	Todo o tempo	A maior parte do tempo	Mais de metade do tempo	Menos de metade do tempo	Algumas vezes	Nunca
<b>1</b>	Senti-me alegre e bem disposto(a)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>2</b>	Senti-me calmo(a) e tranquilo(a)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>3</b>	Senti-me ativo(a) e enérgico(a)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>4</b>	Acordei e senti-me fresco(a) e repousado(a)	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0
<b>5</b>	O meu dia a dia tem sido preenchido com coisas que me interessam	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0

## ANEXO B – AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA “WHOQOL-Bref”

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parece a melhor resposta.

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

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

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

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

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

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

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

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

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5

19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

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

	nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?				

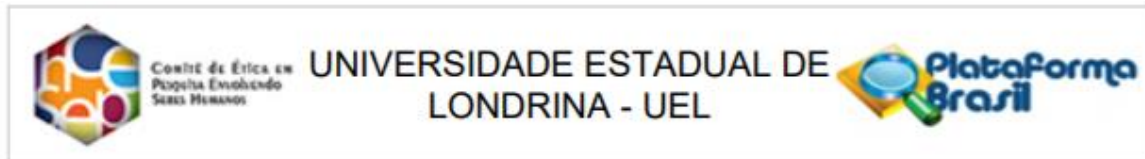
Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? \_\_\_\_\_

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? \_\_\_\_\_

**ANEXO C – ESCALA DE ESPERANÇA DISPOSICIONAL**

<p><b>1. Eu posso pensar em várias formas de lidar com situações difíceis.</b></p> <p>Totalmente falsa  _1_ _2_ _3_ _4_ _5_  Totalmente verdadeira</p>
<p><b>2. Eu me esforço para atingir meus objetivos.</b></p> <p>Totalmente falsa  _1_ _2_ _3_ _4_ _5_  Totalmente verdadeira</p>
<p><b>3. Eu me sinto cansado a maior parte do tempo.</b></p> <p>Totalmente falsa  _1_ _2_ _3_ _4_ _5_  Totalmente verdadeira</p>
<p><b>4. Existem sempre muitas formas de resolver os problemas.</b></p> <p>Totalmente falsa  _1_ _2_ _3_ _4_ _5_  Totalmente verdadeira</p>
<p><b>5. Eu sou facilmente derrotado em discussões.</b></p> <p>Totalmente falsa  _1_ _2_ _3_ _4_ _5_  Totalmente verdadeira</p>
<p><b>6. Eu posso pensar em muitas formas de conseguir as coisas que são muito importantes para a minha vida.</b></p> <p>Totalmente falsa  _1_ _2_ _3_ _4_ _5_  Totalmente verdadeira</p>
<p><b>7. Eu me preocupo com a minha saúde.</b></p> <p>Totalmente falsa  _1_ _2_ _3_ _4_ _5_  Totalmente verdadeira</p>
<p><b>8. Mesmo quando os outros desistem, eu sei que posso encontrar alguma forma de resolver os problemas.</b></p> <p>Totalmente falsa  _1_ _2_ _3_ _4_ _5_  Totalmente verdadeira</p>
<p><b>9. Minhas experiências no passado me prepararam bem para enfrentar o futuro.</b></p> <p>Totalmente falsa  _1_ _2_ _3_ _4_ _5_  Totalmente verdadeira</p>
<p><b>10. Eu tenho tido muito sucesso na vida.</b></p> <p>Totalmente falsa  _1_ _2_ _3_ _4_ _5_  Totalmente verdadeira</p>
<p><b>11. Frequentemente eu fico me preocupando com alguma coisa.</b></p> <p>Totalmente falsa  _1_ _2_ _3_ _4_ _5_  Totalmente verdadeira</p>
<p><b>12. Eu atinjo os objetivos que estabeleço para mim.</b></p> <p>Totalmente falsa  _1_ _2_ _3_ _4_ _5_  Totalmente verdadeira</p>

## ANEXO D – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DA EMENDA

**Título da Pesquisa:** Análise do acesso e adesão ao tratamento de saúde mental em Londrina-Pr.

**Pesquisador:** Marcos Hirata Soares

**Área Temática:**

**Versão:** 3

**CAAE:** 56875616.0.0000.5231

**Instituição Proponente:** CCS - Departamento de Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.077.240

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma emenda do projeto de Pesquisa Análise do acesso e adesão ao tratamento de saúde mental em Londrina-Pr. A emenda é exclusiva de seu Centro Coordenador, então as alterações realizadas em seu projeto, em virtude da emenda, não serão replicadas nos Centros Participantes vinculados e nos Comitês de Ética das Instituições Coparticipantes, quando da sua aprovação. Trata-se de um estudo do tipo caso-controle dos casos de saúde mental atendidos pela Atenção Básica de Saúde, envolvendo a sua detecção inicial até a resolução final do caso ou término da coleta de dados de pesquisa, buscando identificar os fatores relacionados a adesão e acesso ao tratamento psiquiátrico. A pesquisa, acontecerá entre o período de junho de 2017 a novembro de 2019, na cidade de Londrina-PR. A coleta de dados será feita com profissionais de saúde, da gestão, análise de documentos e prontuários e visitas domiciliares aos pacientes e seus respectivos familiares, quando houver necessidade. Os dados serão analisados por meio de Análise exploratória descritiva e análise de regressão e correlação, para identificação dos fatores que interferem no acesso e adesão.

#### Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Identificar os fatores relacionados ao acesso e adesão ao tratamento em saúde mental em Londrina-Pr.

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

**UF:** PR

**Município:** LONDRINA

**CEP:** 86.057-970

**Telefone:** (43)3371-5455

**E-mail:** cep268@uel.br



Continuação do Parecer: 2.077.240

**Objetivo Secundário:**

1. Caracterizar a disponibilidade e distribuição dos medicamentos psicotrópicos, atendimento médico psiquiátrico e demais estratégias psicossociais;
2. Descrever como ocorre na prática, a articulação dos CAPS com cada Unidade Básica de Saúde (procedimentos de referência e contra-referência, matriciamento, entre outros);
3. Identificar os obstáculos econômicos, físicos, sócio-culturais ou familiares que dificultam o acesso, adesão aos serviços de saúde mental;
4. Caracterizar as estratégias do município para promover ou facilitar a mobilidade, acesso e adesão do usuário aos serviços ou ações de saúde mental.
5. Identificar o grau de relação entre o bem-estar subjetivo, qualidade de vida e coping e a adesão do familiar ao tratamento de saúde mental

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Há riscos relacionados ao desconforto em participar de pesquisas que têm como propósito, avaliar o trabalho, os serviços e as ações de um município, mas acredita-se que, o município se empenhará em melhorar a qualidade de seus serviços, pois esta vem sendo uma das funções da universidade em relação à comunidade.

**Benefícios**

De forma direta, os funcionários entrevistados receberão o "Cartão babel para Atenção Básica". Trata-se de um cartão elaborado por pesquisadores da área de saúde mental para facilitar a abordagem e atenção ao portador de transtornos mentais na atenção básica de saúde. Os pacientes, quando entrevistados, receberão esclarecimentos sobre seu tratamento, como medicamentos e sobre a doença. Os familiares receberão instruções ou orientações a respeito de como lidar ou cuidar melhor de seu familiar doente.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de uma emenda que irá realizar análise documental de planilhas de dados gerados por profissionais ligados a Gestão de Saúde Mental, bem como, os prontuários dos pacientes, identificando as informações necessárias ao projeto, como variáveis clínicas (tempo de doença, medicação utilizada, diagnóstico, projeto terapêutico, etc) e sócio-demográficas.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Os termos de apresentação obrigatória estão corretos.

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

**UF:** PR

**Município:** LONDRINA

**CEP:** 86.057-970

**Telefone:** (43)3371-5455

**E-mail:** cep268@uel.br



Comitê de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Seres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 2.077.240

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não há pendências. A emenda está aprovada.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Prezado (a) Pesquisador (a),

Este é seu parecer final de aprovação, vinculado ao Comitê de Ética em Pesquisas Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Londrina. É sua responsabilidade imprimi-lo para apresentação aos órgãos e/ou instituições pertinentes.

Coordenação CEP/UEL.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_917750 E1.pdf	09/05/2017 14:08:40		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETODEPESQUISAPPSUS2016.docx	09/05/2017 14:03:46	Marcos Hirata Soares	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	05/04/2017 17:40:36	Marcos Hirata Soares	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	declaracaodeconcordancia.pdf	31/05/2016 16:20:33	Marcos Hirata Soares	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	cartadauel.pdf	18/05/2016 15:20:20	Marcos Hirata Soares	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	17/05/2016 17:03:23	Marcos Hirata Soares	Aceito
Outros	termosigilo.pdf	16/05/2016 17:56:17	Marcos Hirata Soares	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

**UF:** PR

**Telefone:** (43)3371-5455

**Município:** LONDRINA

**CEP:** 86.057-970

**E-mail:** cep268@uel.br



Conselho de Ética em  
Pesquisa Envolvendo  
Serres Humanos

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE  
LONDRINA - UEL



Continuação do Parecer: 2.077.240

LONDRINA, 23 de Maio de 2017

---

**Assinado por:**  
**Alexandrina Aparecida Maciel Cardelli**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** LABESC - Sala 14

**Bairro:** Campus Universitário

**UF:** PR

**Telefone:** (43)3371-5455

**Município:** LONDRINA

**CEP:** 86.057-970

**E-mail:** cep268@uel.br