

Quality of life of the elderly with Alzheimer's disease, formal caregivers and affectivity

| Qualidade de vida do idoso com doença de Alzheimer e o cuidador formal: relacionando afetividade

ABSTRACT | Introduction: *Aging is a natural process, marked by significant biopsychosocial changes. However, these changes seem to be associated with the lifestyle adopted by individuals, and often depend on their psychological structure and other factors. Objective:* *To understand the impact of the relationship between elderly people with Alzheimer's disease and their formal caregivers, through a projective test and a quality of life scale. Methods:* *This is a qualitative-quantitative, transversal, descriptive, exploratory, non-interventional study. Data collection was performed at Long Stay Institutions and the Regional Hospital of Mato Grosso do Sul, between August 2015 and July 2016. The sample consisted of 34 participants and 15 caregivers. Results:* *68% of the elderly were female; and 32% of men; while 80% of the caregivers were female; and 20% male. The mean age of the caregivers was 36.46 years, which characterizes the mean age of formal caregivers, unlike other studies whose sample primarily consisted of family relatives working as caregivers. The mean age of the elderly with Alzheimer's disease was 80.29 years, which corresponds to the majority of the studies surveyed. Conclusion:* *The findings of the study show that Alzheimer's patients, including the institutionalized ones, had the ability to externalize their subjectivity and feelings, which is, in phenomenological terms, of great value. The approach adopted is unfortunately disregarded by strict scientific methods, since we did not set out to prove a pre-established hypothesis, but instead to raise questions about care, quality of life and autonomy of Alzheimer's patients;*

Keywords | *Health; Tests; Patients; Autonomy; Psychology.*

RESUMO | Introdução: O envelhecimento é um processo natural, marcado por alterações biopsicossociais significativas. Entretanto, essas alterações articulam com a qualidade e estilo de vida adotado pela pessoa, e, muitas vezes, dependem da estrutura psicológica e de outros fatores. **Objetivo:** Compreender os impactos da relação entre idosos com doença de Alzheimer e seus cuidadores formais, por meio de teste projetivo e escala de qualidade de vida. **Métodos:** O delineamento da pesquisa foi do tipo qualitativo e quantitativo, transversal, descritivo, exploratório, não interventivo. A coleta de dados foi realizada nas Instituições de Longa Permanência e Hospital Regional de Mato Grosso do Sul, realizada no período de agosto de 2015 a julho de 2016. A amostra foi constituída de 34 participantes e 15 cuidadores. **Resultados:** Os resultados apresentaram que 68 % dos idosos eram do sexo feminino; e 32%, do masculino; enquanto 80% dos cuidadores eram do sexo feminino; e, 20%, do masculino. A média da idade dos cuidadores neste estudo foi de 36,46 anos, a característica da média da idade dos cuidadores representa cuidadores formais o que diverge de outros estudos que têm como cuidador o familiar. A média da idade dos idosos com doença de Alzheimer foi de 80,29 anos, o que corresponde à maioria dos estudos pesquisados. **Conclusão:** Conclui-se que os resultados encontrados na pesquisa foram relevantes e responderam aos objetivos propostos, tanto do teste projetivo quanto da escala. A essência do idoso com doença de Alzheimer evidenciou que, mesmo institucionalizado, apresentou capacidade de exteriorizar sua subjetividade e sentimentos, o que na teoria e método fenomenológico essa é uma questão de grande valia, muitas vezes desconsiderados por outros métodos científicos. Aqui não buscamos provar, mas levantar questionamentos sobre o cuidado, qualidade de vida e autonomia.

Palavras-chave | Saúde; Testes; Pacientes; Autonomia; Psicologia.

¹Faculdade Unigran Capital. Campo Grande/MS, Brasil.

²Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande/MS, Brasil.

INTRODUÇÃO |

Este estudo está representando resultados parciais de uma tese de doutorado que propôs uma investigação sobre a qualidade de vida do idoso com doença de Alzheimer (DA) e a relação com o cuidador formal, relacionando afetividade no Enfoque Bioético. Nesse sentido, busca-se compreender o grau de afetividade nessa relação que produzirá qualidade de vida a ambos.

Desde os primórdios da história do homem, iniciou-se o processo de compreensão de si mesmo, nas várias esferas teóricas filosóficas, com isso nota-se uma pluralidade de correntes de pensamento que buscam determinar uma definição completa para a essência do homem. Nesse sentido, evidenciam-se os fenômenos naturais de ordem internas e subjetivas, gerando uma observação na busca de descrição das características fundamentais científicos¹.

De acordo com uma reportagem de Claudia Colluci na folha de São Paulo em março de 2014, afirmando que, segundo estimativas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população de idosos com mais de 60 anos nos próximos 20 anos será mais que triplicada. Conforme descrito pela jornalista, 22,9 milhões têm uma representação de 11,34% da população, que vai passar para 88,6 milhões, correspondendo a uma taxa de 39,2%. Entende-se, nesse contexto, que a expectativa de vida e a longevidade do idoso passarão de 75 para 81 anos, é possível observar o crescimento da população idosa, o que pode ser entendido como um impacto nos cuidados da saúde e qualidade de vida do ser humano. Observa-se que a população de idosos na região Centro-Oeste teve um crescimento, passando de 3,3%, em 1991, para 4,3%, em 2000; e, 5,8%, em 2010.

Enquanto um dado publicado pelo IBGE afirma que²⁴:

O envelhecimento populacional, caracterizado pelo aumento da participação percentual dos idosos na população e consequente diminuição dos demais grupos etários, é um fenômeno já evidente no País e tende a ficar mais marcante nas próximas décadas. Em 2004, as pessoas de 0 a 29 anos de idade eram maioria (54,4%) na população, enquanto em 2014 este indicador já diminuiu para 45,7%. Por sua vez, a proporção de adultos de 30 a 59 anos de idade teve aumento no período, passando de 35,9% para 40,6%, assim como a participação dos idosos de 60 anos ou mais de idade, de 9,7% para 13,7%. Informações da Projeção da População por Sexo e Idade, realizada pelo IBGE, divulgada em 2013 (PROJEÇÃO...

2013) mostram a forte tendência de aumento da proporção de idosos na população: em 2030, seria de 18,6%; e, em 2060, de 33,7%. Em 2060, a proporção da população com até 14 anos de idade seria de 13,0%; a de jovens de 15 a 29 anos de idade, de 15,3%; e a de pessoas de 30 a 59 anos de idade, de 38,0% 2. Os estados com as maiores proporções de idosos foram Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, onde cerca de 1 a cada 6 pessoas tinha 60 anos ou mais de idade, em 2014, enquanto os que tinham a maior proporção de crianças (até 14 anos de idade) foram o Acre, Amapá e Amazonas²⁴.

O envelhecimento é um processo natural, marcado por alterações biopsicossociais significativas. Entretanto, essas alterações articulam com a qualidade e estilo de vida adotado pela pessoa, e, muitas vezes, dependem da estrutura psicológica e de fatores hereditários.

Na contemporaneidade, existe uma variabilidade de pessoas idosas que revelam condições vitais satisfatórias, buscando manter atividades físicas e psíquicas, porém existem outras que a própria natureza as debilita naturalmente pelo desgaste orgânico, genético, entre outros. Fazendo com que o idoso necessite de cuidados, atenção e afetividade de outras pessoas no que diz respeito às necessidades básicas, por exemplo: locomoção, alimentação e hábitos de higiene entre outros. Tais condições refletem no convívio social evidenciando dependência e muitas vezes sentimento de culpa².

Na contemporaneidade, o envelhecimento está cada vez mais avançado em questão de qualidade de vida, referenciado ao desenvolvimento tecnológico e científico³. De acordo com Ferreira *et. al.*, o importante é aceitar a velhice como desafio ativo, saudável e positivo, embora haja nuances durante o desenvolvimento do ciclo vital que obstruem a realização biológica, pessoal, social e até mesmo cultural³.

O aumento da taxa de envelhecimento foi caracterizado por meio da tríade de fenômenos como: redução da taxa de natalidade, redução de taxa de mortalidade e aumento da expectativa de vida na terceira idade, resultando um quantitativo relevante de processos positivos e negativos para a sociedade⁴.

O Brasil tem uma perspectiva de crescimento populacional de idosos discrepante até 2050 em relação a crianças e adolescentes. De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), o desenvolvimento será de 226 idosos com 60 anos ou mais para 100 crianças ou adolescentes. Nesse sentido, a perspectiva é melhorar as políticas públicas de

assistência social e saúde, apontando para a complexidade em atender as necessidades da população. Segundo OMS, o aumento expressivo de idosos não se deve somente à baixa taxa de fecundidade, mas à longevidade, que vem aumentando a cada ano⁵.

A doença de Alzheimer (DA) foi descoberta na primeira década do século XX pelo neuropatologista Alois Alzheimer, que descreveu sobre a doença enquanto acompanhava uma paciente de 51 anos com uma alteração no tecido cerebral, e, desde então, deu continuidade no estudo sobre a causa da então chamada doença de Alzheimer chegando à conclusão de que a doença era do tipo neurodegenerativa e progressiva e que gerava alto custo para o poder público, entre outros desgastes para o cuidador e profissionais da saúde⁶.

A doença produz um mecanismo bioquímico envolvendo a memorização rápida e de curto prazo, enquanto mecanismo neural de tipo brotamento envolve a memorização lenta e de longo prazo. Existem dois tipos de amnésia: retrógrada e anterógrada, a primeira, quando o indivíduo perde a memória antes do evento; e a segunda é a incapacidade de armazenar a memória após o evento. O Manual de Diagnóstico e Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM) descreve a categoria denominada como transtorno amnésico^{6,7}.

O indivíduo apresenta sintomas caracterizados como lembrança deformada, que não corresponde ao senso perceptivo, por exemplo, ilusões mnêmicas caracterizadas de elementos falsos a um núcleo verdadeiro, adquirindo lembranças fictícias; alucinações e imaginação que não correspondem aos elementos verdadeiros; neste caso, o idoso com DA transfere para os cuidadores imaginações ilusórias e apresentam crises, como se o outro estivesse fazendo uma agressão ou até mesmo retirando algo que lhe pertence, podendo surgir de modo repentino sem corresponder a qualquer acontecimento^{6,7,8}.

A qualidade de vida também é compreendida como o bem-estar biopsicossocial, ligado à percepção e posição e vivência em relação aos seus objetivos, refletindo nas experiências que o indivíduo adquire na coletividade durante o desenvolvimento humano e construção social^{4,9,10}. Entre os elementos imprescindíveis à avaliação da qualidade de vida, destacam-se: a interação, a história interacional durante o desenvolvimento e ciclo de vida comparado no critério objetivo do comportamento do sujeito; aspectos do ambiente físicos; serviços de saúde, lazer, entre outros, que se adaptam ao idoso com DA e o cuidador formal.

Enquanto, os critérios subjetivos são avaliados de forma indireta, principalmente na relação entre os grupos é provável que os relatos sejam de suma importância para averiguar a satisfação dos indivíduos.

MÉTODOS |

O delineamento da pesquisa foi do tipo qualitativo e quantitativo, transversal, descritivo, exploratório, não interventivo. A coleta de dados foi direcionada pela Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAz); Hospital Regional e Instituições de Longa Permanência para Idoso Mato Grosso do Sul, realizado no período de julho de 2015 a junho de 2016. A amostra foi constituída de 34 participantes, com idosos com doença de Alzheimer e 15 por cuidadores formais, selecionados por amostragem do tipo não probabilística e que aceitaram participar da pesquisa. Para coleta de dados, foram utilizados o mesmo instrumento, tanto para o paciente quanto para o cuidador, foi aplicado um teste psicométrico, classificado como as Pirâmides Coloridas de Pfister. Esse teste é composto de material simples e de fácil manuseio. É constituído por um conjunto de quadrículos coloridos de 10 cores, subdivididas em 10 tonalidades; contém três cartelas, com o esquema de uma pirâmide em cada uma. O avaliando monta a pirâmide com os quadrículos, conforme a sua escolha de cor. Uma folha de protocolo, o mostruário das cores (24 matizes), de 2013, é uma reimpressão do manual de 2005. A aplicação do teste foi individual, no ambiente com boa iluminação, sendo essa uma das condições básicas para execução. O tempo gasto para aplicação é uma média de 20 minutos. O teste foi corrigido com apoio do programa de informática. O psicólogo que faz a compra do teste ou protocolo de respostas de revendedores autorizados tem um recurso liberado para correção na Q-Plataforma Web “A Pearson Clinical Brasil”. O psicólogo faz um cadastro para acesso, utilizando seu CPF e senha. A liberação de licenças deve ser realizada exclusivamente pela revenda. São liberadas 25 correções, conforme a quantidade de folha por bloco. A venda do teste é restrita aos psicólogos mediante a apresentação do CRP, de acordo com a Lei n° 4.119/62.

Para análise estatística dos dados, foram utilizados o programa *Microsoft Excel* 2013, *IBM SPSS Statistics*, versão 19.0, e o programa *Epi Info* 7 de domínio público. Os participantes da pesquisa foram avaliados dentro dos critérios de inclusão: Idosos diagnosticados com

Alzheimer, atendidos no ambulatório e ou internados no Hospital Regional de Mato Grosso do Sul; morador de Instituição de Longa Permanência; Idosos com DA, que são atendidos pela ABRAZ, Hospital Regional de Campo Grande e Paróquia São João Bosco. Para os cuidadores, os critérios de inclusão foram: na função de cuidador formal que aceitou participar da pesquisa; cuidadores formais de idosos com DA de ambos os sexos; e os que atuam nas ILPI, maiores de 18 anos. Os critérios de exclusão foram: Idosos internados que não tinham o diagnóstico concluído de DA; Idosos que não tinham movimentos nas mãos para manipular os quadrículos coloridos do teste projetivo; Idosos com DA que estavam internados, mas que o pesquisador era impossibilitado do acesso a ele; E idosos com DA em grau avançado ou grave que não respondiam ao comando. Os critérios de exclusão para cuidadores foram: Cuidadores informais de idosos com doença de Alzheimer que já haviam falecido; Cuidador formal com menos de 6 meses na ILPI;

A pesquisa foi fundamentada seguindo os parâmetros da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e homologada pelo Ministério da Saúde (CNS/MS), que regulamenta a pesquisa que envolve seres humanos, e aprovada sob o CAAE 35178214.6.0000.0021 e Protocolo de número 1.151.490 pelo Comitê de Ética em Pesquisa para

Seres Humanos da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. A coleta de dados só iniciou depois da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias.

RESULTADOS/DISCUSSÃO |

Dos participantes da pesquisa, 68% (n-23) dos idosos eram femininos; e, 32% (n-11), masculinos; enquanto 80% (n-12) dos cuidadores eram do sexo feminino; e, 20% (n-3), masculino. A média da idade dos cuidadores neste estudo foi de 36,46 anos. Essa característica representa cuidadores formais, o que diverge de outros estudos que têm como cuidador o familiar. A média da idade dos idosos com doença de Alzheimer foi de 80,29 anos, o que corresponde à maioria dos estudos pesquisados.

A Tabela 1 representa os tapetes que têm como constituição arranjos de cores nas quais a forma não influencia o produto final da construção das pirâmides. Esse processo se dá conforme o desejo e intuição do sujeito ao escolher as cores preferenciais e disponibilizá-los, montando a pirâmide. O que prepondera na execução é o estímulo das cores.

Tabela 1 - Distribuição da frequência e percentual do aspecto formal das pirâmides pelos Participantes (idosos) da amostra pesquisada

Aspecto Formal	Frequência					
	Pirâmide I		Pirâmide II		Pirâmide III	
	N	%	N	%	N	%
Tapete puro	10	29,4	9	26,5	6	17,6
Tapete desequilibrado	3	8,8	9	26,5	7	20,6
Tapete furado ou rasgado	19	55,9	13	38,2	16	47,1
Tapete c/ início de ordem	0	0,0	2	5,9	2	5,9
Formação em camadas	0	0,0	0	0,0	1	2,9
Formação simétrica	2	5,9	0	0,0	0	0,0
Formação alternada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Estrutura simétrica	0	0,0	0	0,0	1	2,9
Estrutura em escada	0	0,0	0	0,0	1	2,9
Estrutura em manto	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Estrutura assimétrica dinâmica	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Estrutura em mosaico	0	0,0	1	2,9	0	0,0
Formação estratificada tombada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Matização	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Divisão	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Corte ou mutilação	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não identificado	0	0,0	0	0,0	0	0
Total	34	100,0	34	100	34	100

Os resultados da Tabela 1 apontaram uma predominância do aspecto formal no tapete furado ou rasgado, seguidos por tapete puro e desequilibrado, porém o primeiro aspecto apontou uma regressão no sentido da pirâmide um para a pirâmide três. Os tapetes furados ou rasgados são denominados pela presença da cor branca em uma ou em diversas áreas espalhadas da pirâmide, de acordo com o Villemor- Amaral, que afirma apontar fortes indícios de perturbação grave originada da dissociação de pensamento, neste sentido houve uma variação nas pirâmides, observou-se que a pirâmide I teve um resultado relevante, apresentando um percentual de 55,9% (n=19); e, na III pirâmide, foi de 47,0% (n=16); enquanto, na II pirâmide, aparecem 38,2% (n=13). É possível inferir que, no primeiro momento, o paciente não tinha intimidade com o teste. Porém, segundo o manual a frequência significativa, nos estudos realizados por Carnio, Loureiro e Villemor Amaral, foram encontrados em pacientes esquizofrênicos¹⁴.

Na sequência dos resultados, a apresentação do tapete puro com maior índice na pirâmide I foi de 29,4% (n=10); porém, com declínio para a pirâmide II, 26,5% (n=9); e, na pirâmide III, 17,6% (n=6). Os arranjos das cores foram distribuídos no formato de tapete puro, e as cores foram distribuídas de modo aleatório, porém harmonioso,

denotando certa busca de equilíbrio, embora com menor grau de desenvolvimento intelectual. O que reflete adaptação emocional e sentimentos¹⁴, nos resultados de tapete furado, é seguido por uma proporção de tapetes desequilibrados, em maior percentual, na pirâmide II com 26,5% (n=9); decaindo para 20,6% (n=7), na pirâmide III; e, 8,8% (n= 3), na pirâmide I.

Na segunda pirâmide, observou-se que, embora houvesse a predominância de tapete rasgado, ou furados, a média dos tapetes: puro e desequilibrado foi a mesma da frequência e percentual^{14,15}. O tapete puro busca uma adaptação emocional das situações vivenciadas, enquanto o tapete desequilibrado é vinculado a perturbações emocionais mais graves, gerando um desequilíbrio e falta de adaptação, bem como turbulência afetiva na presença de conflitos. Segundo o autor, geralmente esse resultado é encontrado em pacientes esquizofrênicos, ou seja, a esquizofrenia é uma doença psíquica caracterizada pela cisão do pensamento, do afeto, da vontade e pelo sentimento subjetivo. Nesse sentido, os resultados apresentados caracterizam uma personalidade vulnerável e instável¹⁶.

A Tabela 2 está sendo representada por resultados coletados dos cuidadores de pacientes com doença de Alzheimer que

Tabela 2 - Distribuição da frequência e percentual do aspecto formal das pirâmides pelos participantes (cuidadores) da amostra pesquisada

Aspecto Formal	Frequência					
	Pirâmide I		Pirâmide II		Pirâmide III	
	N	%	N	%	N	%
Tapete puro	3	20,0	2	13,3	1	6,7
Tapete desequilibrado	1	6,7	1	6,7	8	53,3
Tapete furado ou rasgado	6	40,0	8	53,3	2	13,3
Tapete c/ início de ordem	0	0,0	1	6,7	1	6,7
Formação em camadas	1	6,7	0	0,0	1	6,7
Formação simétrica	1	6,7	0	0,0	0	0,0
Formação alternada	2	13,3	2	13,3	0	0,0
Estrutura simétrica	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Estrutura em escada	0	0,0	0	0,0	1	6,7
Estrutura em manto	1	6,7	1	6,7	0	0,0
Estrutura assimétrica dinâmica	0	0,0	0	0,0	1	6,7
Estrutura em mosaico	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Formação estratificada tombada	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Matização	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Divisão	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Corte ou mutilação	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Não identificado	0	0,0	0	0,0	0	0
Total	15	100,0	15	100	15	100

residem nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Conforme destaca Araújo et al.¹⁷, a tarefa de cuidar de um idoso com doença de Alzheimer exige muito do cuidador, o que pode desencadear um estresse, bem como sofrimento no aspecto biopsicossocial. E a sobrecarga reflete nos conteúdos internos do cuidador. Nesse sentido, os resultados apresentados na Tabela 2 se referem às condições em momentos distintos de cuidadores no ambiente de trabalho, revelando características da personalidade^{11,16}. De acordo com os resultados encontrados na Tabela 2, referentes aos cuidadores, as representações diferem dos resultados para pacientes com relevância nos tapetes rasgados ou furados, seguidos por tapetes desequilibrados e, por fim, para tapetes puros. Isso denota o desequilíbrio do cuidador, que pode estar ligado ao estresse e cansaço mental. É possível verificar também esse desequilíbrio na distribuição, principalmente do tapete furado ou rasgado.

Os tapetes furados, ou rasgados, são apresentados com distribuição da cor branca, que pode ser detectada em um único ponto ou estar espalhada na construção da pirâmide inteira. Para a autora, a cor branca consiste ainda na vulnerabilidade e ausência suficiente de controle, também pode estar relacionada à perda do contato com a realidade. Se os tapetes furados, ou rasgados, estiverem relacionados ao desequilibrado, é possível inferir uma desagregação de pensamento ou da estrutura da personalidade, revelando: apatia, prostração e negativismo. Os autores afirmam que o branco é um representante de excitação e pode expressar imaginações negativas ou agressões diretas^{14,18}.

De acordo com as descrições, é possível averiguar, especificamente, os resultados encontrados na pirâmide I, que representou 40,0% (n=6); enquanto, na pirâmide II, foi de 53,3% (n=8); em seguida, a pirâmide III, com 13,3% (n=2), diferentemente da representação dos pacientes. O que diminui o percentual para as outras pirâmides em ordem decrescente. O que podemos inferir é que o resultado pode ser devido à adaptação do primeiro contato com o material, os cuidadores representaram uma variação discrepante entre as três pirâmides, e isso confirma uma desestabilização¹⁴. Ainda na pirâmide III, os resultados apresentaram 53,3% (n=8), relacionados ao tapete desequilibrado na tabela 2, sem uma relevância significativa; nas pirâmides I e II, representando 6,7% (n=1), o tapete desequilibrado utiliza cores variadas aleatórias em que o participante distribui repetições de tons claros ou escuros nas áreas adjacentes. Esses resultados, conforme avaliação, representam indícios de perturbações emocionais mais graves e adaptação ao ambiente. Por

meio do manual do Pfister, é possível identificar que os tapetes desequilibrados são pouco frequentes em não pacientes. O que podemos inferir é a necessidade de cuidar do cuidador, que tem um compromisso com o cuidado. Esse resultado pode ser entendido como algo que desperta uma descarga emocional e estressante no cuidador, caracterizando turbulência afetiva nos conflitos internos.

O bem-estar do cuidador é de nível subjetivo e intrínseco, mas está ligado a fatores do comportamento. Essa descrição corresponde à forma de externar o sentimento deles por meio da cognição e do afeto. Para tanto, os autores descrevem que a afetividade está ligada à forma de vivenciar sentimentos emocionais internos, bem como os externos relacionados às atividades do cuidar^{4,19}.

De acordo com Heiss e Halder, a afetividade pode ser externalizada de forma a contemplar polaridades extremas com pontos negativos ou positivos¹⁸. Nesse sentido, os resultados representados na tabela caracterizam adaptação ao ambiente interno. Ou seja, os cuidadores apresentaram desestabilização e desequilíbrio, evidenciando afetividade negativa. Embora busquem cumprir as obrigações diárias, revelam perturbações emocionais internas.

Os idosos com DA^{8,20} têm alta dependência em razão da doença, e o cuidador pode sofrer uma tensão constante, que o tornaria exausto e ainda revelaria possíveis desgastes físicos e emocionais. Porém, não se tem observado, em nenhum momento, autores que relatam cuidado para o cuidador. Esses efeitos podem refletir na afetividade, conforme, apresentada no teste, a apatia, que, para Dalgarrondo⁸, é caracterizada como indiferença afetiva, ou seja, “tanto faz como tanto fez”. Esse dado se torna importante para entender que, nas pirâmides, destacaram-se os tapetes furados, ou rasgados, com alto índice de indiferença, que, portanto pode estar relacionado ao cansaço ou sentimento de impotência diante de situações vivenciadas no dia a dia, tanto das atividades desenvolvidas como na percepção do sofrimento do paciente, sem alternativas para a terapêutica⁸.

Conforme ainda na Tabela 2, o terceiro resultado referente aos tapetes foi representado por tapete puro com 20,0% (n=3) para pirâmide I; 13,3% (n=2), para a pirâmide II; e 6,7% (n=1), para a pirâmide III. Observa-se que, na aquisição do tapete puro, houve uma regressão da pirâmide I para II e III. O tapete puro apresenta cores harmoniosas, de modo aleatório, e conserva certo equilíbrio entre si,

refletindo um grau de desenvolvimento emocional e intelectual, com adaptação às situações corriqueiras e manejo coerente das emoções e sentimentos¹⁴.

Ainda nos aspectos formais, foram encontrados resultados de formação alternada para a pirâmide I e II, com percentual de 13,3% (n=2). Esses resultados são compostos de duas cores e evidenciam dificuldade de adaptação ao ambiente e conflitos acentuados aos impulsos referentes ao estresse, podendo refletir em conflitos externos.

O cuidador de idosos com DA enfrenta uma tarefa complexa, devido ao acesso às informações da equipe interdisciplinar. Muitas vezes, ele manifesta os sintomas, tendo em vista que vários cuidadores, mesmo formais, não têm curso específicos para desempenhar suas atividades e aprendem pela sua necessidade econômica, gerando desconforto, estresse limitações e inseguranças¹⁵. O reconhecimento e a valorização pela equipe de saúde são outro detalhe importante citado por Anderson. Nesse sentido, cabe lembrar que as ILPI devem reciclar e manter uma atividade laboral para os cuidadores, aliviando a sobrecarga e estresse, garantindo qualidade de vida, tanto para o cuidador quanto para o idoso com DA²⁰.

Observa-se que as situações cotidianas levam o cuidador a se envolver com as atividades diárias e deixam de buscar uma resposta relevante de: como eu posso me cuidar? Será

que estou sendo mecanicista no cuidado com o idoso, o que pode desencadear sintomas de estresse no paciente e evolução no quadro demencial? Quais são as dificuldades enfrentadas e as necessidades percebidas pelos cuidadores de pessoas com DA? É exatamente neste contexto que este estudo objetivou realizar uma análise afetiva das relações entre cuidador e idoso, se o cuidador estiver estressado durante o desenvolvimento das suas atividades poderá desenvolver o estresse no idoso com DA.

A Fenomenologia, segundo Holanda, afirma que Merleau-Ponty, apoiada nas ideias de Husserl, compreendeu a essência como psicologia eidética, reconhecendo-a como uma reflexão aliada à indução. Ou seja, o esforço para desempenhar as atividades de um cuidador estressado pode induzir o estresse no idoso^{11,21}. Compreende-se que, muitas vezes, esses atributos são inconscientes na relação sujeito/mundo, ou seja, conforme Carl Rogers, “ninguém entende melhor a sua existência do que o próprio sujeito que a vivencia”. É possível compreender, conforme a contribuição dos autores, que a busca de investigações de afetividades do ser humano é essencial na descrição e análise, valorizando a intersubjetividade humana, bem como o fenômeno encontrado nos dados empíricos.

De acordo com os resultados apresentados, na Tabela 3, o modo de colocação descendente inversa foi apresentado com discrepância, tanto na pirâmide I, com representação

Tabela 3 - Distribuição da frequência e percentagem do modo de colocação das pirâmides pelos participantes (idosos) da amostra pesquisada

Modo de colocação	Frequência					
	Pirâmide I		Pirâmide II		Pirâmide III	
	N	%	N	%	N	%
Ascendente direta	7	20,6	3	8,8	5	14,7
Ascendente inversa	2	5,9	1	2,9	2	5,9
Ascendente zigue-zague	4	11,8	2	5,9	2	5,9
Ascendente diagonal	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ascendente	0	0,0	0	0,0	1	2,9
Subtotal	13	38,3	6	17,6	10	29,4
Descendente	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Descendente direta	0	0,0	1	2,9	1	2,9
Descendente inversa	10	29,4	11	32,4	7	20,6
Descendente em zigue-zague	0	0,0	4	11,8	5	14,7
Descendente diagonal	9	26,5	11	32,4	10	29,4
Subtotal	19	55,9	27	79,5	23	67,6
Em manto	1	2,9	0	0,0	0	0,0
Simétrica	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Espacial	1	2,9	1	2,9	1	2,9
Subtotal	2	5,8	1	2,9	1	2,9
Total	34	100	34	100	34	100

de 29,4% (n= 10); na II, com 32,4% (n=11); e, na pirâmide III, com 20,6% (n=7). O tipo de colocação pode estar relacionado aos comportamentos contrários do que se espera do ser humano, apresentados por percepção, oposição, negação e introjeção dos sentimentos¹⁴.

A teoria da mente, definida como psicanálise tradicional, representa o intercâmbio do sujeito e a realidade externa, no que se refere à percepção que é produzida pelo sistema perceptivo do aparelho psíquico e pelos mecanismos mentais de introjeção e projeção, concebida como uma dinâmica de representações e dos impulsos dinâmicos. Projetam a fonte de energia psíquica à sua totalidade pertencente ao inconsciente, mas tornam-se conscientes, quando se ligam a um afeto ou a uma representação^{21,22}.

Outro modo de colocação apresentado foi a descendente diagonal. Conforme a autora, esse modo de colocação é pouco frequente de ser encontrada, porém os estudos de Rocharch destacaram que os participantes que obtiveram resultados de pirâmides diagonais têm forte indicação de que quanto mais lábeis os afetos¹⁴, menos precisa será a visão das formas. Com essa definição, é possível compreender, nas palavras de Martins e Bicudo, que a fenomenologia dá subsídio para a percepção de si mesmo, bem como da realidade que o cerca, em termos de possibilidades, apresentando a subjetividade e concretudes. Nesse contexto, a pesquisa qualitativa se expõe aos fenômenos, não a fatos, mas como eventos e ocorrências reais perceptíveis das relações entre objetos, distinguindo o fenômeno¹².

Entende-se, nesse contexto, que a somatória das três pirâmides para o modo de colocação descendente diagonal foi de 88,3% (n=30). Com esse resultado, é possível inferir que há relevância para defender a tese da afetividade do paciente com (DA). Este não encontrou uma forma precisa para projetar as peças, entretanto o número de cores utilizadas indica descargas de energia e trocas emocionais. Importante entender que a definição e a formação de uma pirâmide exigem habilidade percepção e pensamento para os fenômenos adjacentes. Esse processo caracteriza a identificação real dos sentimentos e personalidade do participante.

Na pirâmide II e III, foi possível averiguar que 26,50% (n=9) dos participantes optaram pelo modo de colocação alternada ou em zigue-zague. Esse modo de colocação geralmente é encontrado em crianças com perturbações neurológicas e comprometimento espaço-temporal. Entretanto, para

adultos, entende-se que esse aspecto é inerente ao indivíduo que tem rebaixamento intelectual. Dessa forma, é possível confirmar que os pacientes com doença de Alzheimer apresentam rebaixamento intelectual. Entretanto, foi observável que, na somatória das três pirâmides 44,10% (n=15), mantiveram o modo de colocação ascendente direta, o que apresenta uma forma de leitura e normalidade. Esse resultado pode ser reflexo da quantidade de participantes que tiveram o ensino fundamental e médio, o que denota a lógica na construção da pirâmide.

Os demais modos de colocação, em manto, simétrica e espacial, ocorreram em baixa frequência, e seus significados, geralmente, estão relacionados ao aspecto formal das pirâmides.

A Tabela 4 está relacionada aos cuidadores, e os resultados encontrados predominaram no modo de colocação de descendente inversa para pirâmide I 73,3%; enquanto, na pirâmide II, 80,0%; e, na pirâmide III, 66,7%. Confrontando os resultados com os dos pacientes com doença de Alzheimer, pode ser observado que os cuidadores demonstraram uma direção contrária ao habitual. Esses dados representam oposição das atividades, incluindo negação introversão ou repressão dos sentimentos internos¹⁴.

O modo de colocação descendente indica que o participante construiu a sua pirâmide de cima para baixo. Observa-se, nesse contexto, a falta de base. Segundo a autora, esses resultados são encontrados em crianças de até 10 anos de idade, com uma tendência a diminuição desse modo de colocação^{14,15,18}. Nesse sentido, o que denota dos resultados são instabilidade e insegurança. Comparando os resultados com os dos pacientes, entende-se que os cuidadores se encontram com instabilidade e insegurança mais acentuada que os pacientes, tornando-se um dado preocupante.

Os Heiss e Halder concordam que a instabilidade demonstra uma dominação, com polarização extrema, que varia de irritabilidade a condições inseguras de reação. Esse processo está ligado a conflitos internos, que correlacionam com os resultados apresentados na Tabela 2, condizentes com a insegurança. Para os autores, esses detalhes definem linhas afetivas básicas da personalidade e suas características dominantes¹⁸.

Segundo Merleau-Ponty, o homem tem suas essências, e a psicologia fenomenológica entende a existência dele como o “aqui e agora”. O que revela a sua temporalidade como fruto

Tabela 4 - Distribuição da frequência e percentagem do modo de colocação das pirâmides pelos participantes (cuidadores) da amostra pesquisada

Modo de colocação	Pirâmide I		Pirâmide II		Pirâmide III	
	N	%	N	%	N	%
Ascendente direta	2	13,3	2	13,3	2	13,3
Ascendente inversa	1	6,7	1	6,7	1	6,7
Ascendente zigue-zague	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ascendente diagonal	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ascendente	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Subtotal	3	20,0	3	20,0	3	20,0
Descendente	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Descendente direta	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Descendente inversa	11	73,3	12	80,0	10	66,7
Descendente em zigue-zague	0	0,0	0	0,0	1	6,7
Descendente diagonal	1	6,7	0	0,0	1	6,7
Subtotal	12	80,0	12	80,0	12	80,0
Em manto	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Simétrica	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Espacial	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Subtotal	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Total	15	100	15	100	15	100

do passado, presente e futuro, externalizando a sua vivência imediata. Nesse sentido, percebemos que a representação dos resultados condiz com a vivência do participante e das atividades desenvolvidas, que foram projetadas de forma aleatória e sem nenhum conhecimento prévio. Observa-se que os resultados se aproximam da projeção que o sujeito faz das suas essências e condições interiores com o mundo externo. Entende-se que a redução fenomenológica vai de encontro às características de processos individuais, bem como da essência do sujeito, no que tange às suas particularidades.

A redução é o recurso usado pela fenomenologia para chegar à essência do fenômeno, tornando-o compreensível e legitimando-o cientificamente^{12,23}. Essa condição caracteriza o passo inicial para que ocorra uma mudança da atitude natural para uma atitude fenomenológica, ou seja, essa mudança de atitude permite projetar a essência e a visualização externalizada do sujeito como fenômeno. Para essa tese, conseguimos entender que, nas atividades dos cuidadores, o objeto de pesquisa, como afetividade, fica latente, em que o sujeito não representa nas suas atividades laborais devido à dificuldade em expor os seus significados, ou seja, até mesmo pelas condições da sua existência. Nesse sentido, as relações entre pacientes com DA e seus cuidadores acaba sendo estritamente constituída por uma totalidade, na qual se revelam as relações, reciprocamente,

e as significações do mundo e sujeito, sem afetividade, mas de uma condição mecanicista^{11,12}.

Outro dado encontrado na tabela 2 foi a ascendente direta com 13,3% (n=2) para as 3 pirâmides. Sendo esse o modo prático e habitual, em que o participante construiu as pirâmides como forma de escrita e leitura. A indicação demonstra adequação ao esperado, sem mais complicações. Esses dados representam um baixo quantitativo, mesmo com o reflexo de que todos os participantes tiveram percentual de ensino fundamental e médio se comparado com os idosos com DA, que obtiveram um quantitativo de 44% (n=15), apresentando uma normalidade de conduta lógica na construção de uma pirâmide com base.

O modo de colocação inversa foi de 6,7% (n=1) para as 3 pirâmides. Esse modo de colocação segue o sentido contrário do esperado e denota um comportamento de oposição, negação e introjeção. Cabe lembrar que o cuidador busca não expor seus conflitos internos, demonstrando condições insuficientes de externalizar sua afetividade nas relações com os idosos com doença de Alzheimer. Também foi encontrado o modo de colocação diagonal, com 6,7% (n=1), para 1ª e 3ª pirâmide. Villemor-Amaral afirma que esse é um modo de colocação pouco frequente e tem significado direto com o aspecto formal¹⁴.

CONCLUSÃO |

Os resultados responderam ao objetivo da pesquisa e evidenciaram a relação entre idosos com doença de Alzheimer (DA) e seus cuidadores formais. Foram encontradas desestabilização, desadaptação e turbulência afetiva dos idosos com DA; enquanto, para os cuidadores, os resultados apresentaram indícios de perturbações emocionais mais graves e desadaptação ao ambiente.

Partimos do princípio que a essência do cuidador pode estar relacionada ao cansaço, à sobrecarga ou ao estresse. Ainda nos resultados foram apontados desadaptação ao ambiente interno, ou seja, os cuidadores apresentaram desestabilização e desequilíbrio intrínseco, evidenciando afetividade negativa. Isso quer dizer que não há expressividade de empatia com o idoso. O trabalho realizado é visto como uma obrigação diária, o que revelou perturbações emocionais internas. Entende-se que a afetividade negativa, na profissão exercida, diminui a qualidade de vida e a percepção da vivência, o que pode levar à instabilidade. Observou-se acentuação mais elevada que no idoso, tornando-se um achado preocupante.

A orientação para os cuidadores deve ser considerada um dos parâmetros essenciais, denotando as dificuldades, positiva e negativa, no cotidiano entre os pares. Não se deve simplesmente pensar que o idoso com DA não se lembra de nada ou não tem uma memória. Em algum momento, ele revela a afetividade por meio do toque, das cores, da sensibilidade entre outros. Para tanto, é preciso refletir quais as melhores práticas para o cuidado.

Conclui-se que houve relevância nos resultados obtidos, porém outras pesquisas precisam ser desenvolvidas, principalmente para correlacionar e comparar os dados encontrados em nossa análise, tendo em vista que, para realização deste trabalho, a dificuldade maior foi encontrar material que subsidiasse a fundamentação dele.

REFERÊNCIAS |

1. Chiattonne HBC, Sebastiani RW. Ética e bioética em psicologia da saúde. *Univ. Psychol.* 2002; 1(2):11-9.
2. Teodoro WLG. *Depressão: corpo, mente e alma.* Uberlândia: [s.n.]; 2010.
3. Ferreira LL, Cochito TC, Caíres F, Marcondes LP, Saad PCB. Capacidade funcional de idosos institucionalizados com e sem doença de Alzheimer, Rio de Janeiro. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2014; 17(3):567-73.
4. Neri AL, organizadora. *Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológica, psicológica e sociológica.* Campinas: Papirus; 2012.
5. Brasil. Lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 3 out 2003.
6. Gaioli CCLO. *Cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: variáveis sociodemográficas e da saúde associadas à resiliência.* Ribeirão Preto. Tese [Doutorado em Ciências] – Universidade de São Paulo; 2010.
7. Higgins ES, George MS. *Neurociências para psiquiatria clínica: fisiopatologia do comportamento e da doença mental.* Porto Alegre: Artmed; 2010.
8. Dalgarrondo P. *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais.* Porto Alegre: Artmed; 2008.
9. Baltes PB, Smith J. Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: da velhice bem sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. *Rev A Terceira Idade.* 2006; 17(36):7-31.
10. Horiguchi AS. *Alzheimer: stress e qualidade de vida de cuidadores informais.* Ribeirão Preto. Dissertação [Mestre em Psicologia] – Pontifícia Universidade Católica de Campinas; 2010.
11. Garnica AVM. Some notes on qualitative research and phenomenology. *Interface Comun Saúde Educ.* 1997; 1(1):109-22.
12. Martins J, Bicudo MAV. *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos.* São Paulo: Centauro; 1989.
13. AmatuZZi MM. *Investigação do humano: um debate.* Estudos de Psicologia. 1994; 11(3):73-8.
14. Villemor-Amaral AE. *As pirâmides coloridas de pfister.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 2013.

15. Villemor Amaral F. Pirâmides Coloridas de Pfister. Rio de Janeiro: CEPA. 1978; (2)

16. Silva CRL, Silva RCL, Viana DL. Compacto dicionário ilustrado da saúde. São Caetano do Sul: Yendis; 2011.

17. Araujo ES, Gerzson LR, Oliveira LO. Qualidade de vida e sobrecarga: perfil dos cuidadores de idosos com doença de Alzheimer. Rev Depart Educ Física Saúde Mest Promo Saúde Univ Santa Cruz do Sul. 2016; 17:(1)1-17

18. Heiss R, Halder P. O teste das pirâmides de cores. São Paulo: Vetor; 1982.

19. Gouveia RSV, Lins ZMB, Lima TJS, Freires LA, Gomes AIASB. Bem-estar afetivo entre profissionais de saúde. Rev Bioética. 2009; 17(2):267-80.

21 Bruns MAT, Holanda AF. Psicologia e pesquisa fenomenológica: reflexões e perspectivas. São Paulo: Ômega; 2001.

20. Anderson MIP. Demência. In: Caldas CPA, organizadora. A saúde do idoso: a arte de cuidar. Rio de Janeiro: UERJ; 1998. p. x-x.

22. Dias EO. Incorporação e introjeção em Winnicott. Winnicott e-prints. 2007; 2(2):21-50.

23. Forghieri YC. Psicologia fenomenológica: fundamentos, métodos e pesquisas. São Paulo: Pioneira; 1993.

24. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira – 2015. Rio de Janeiro: IBGE; 2015.

Correspondência para/Reprint request to:

Débora Teixeira da Cruz

R. Abrão Júlio Rabe, 325,

Centro, Campo Grande/MS, Brasil

CEP: 79010-010

Tel.: (67) 3389-3389

E-mail: delte@ig.com.br

Submetido em: 30/01/2017

Aceito em: 07/06/2017