**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA ESCOLAR E DO DESENVOLVIMENTO HUMANO**

Isadora Bassi Cocenza

**A vivência afetiva do cuidador familiar de pacientes em Cuidados Paliativos: uma análise pelo
Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister**

**São Paulo
2019**

ISADORA BASSI COCENZA

**A vivência afetiva do cuidador familiar de pacientes em Cuidados Paliativos: uma análise pelo
Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister**

Versão original

Dissertação de Mestrado apresentada ao
Instituto de Psicologia da Universidade de São
Paulo, como requisito para a obtenção do
título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Psicologia Escolar e
do Desenvolvimento Humano

Orientadora: Prof.^a Dra. Helena Rinaldi Rosa.

**São Paulo
2019**

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE
TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO,
PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São
Paulo Dados fornecidos pelo(a) autor(a)

Bassi Cocenza, Isadora

A vivência afetiva do cuidador familiar de pacientes em Cuidados Paliativos:
uma análise pelo Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister / Isadora Bassi
Cocenza; orientador Helena Rinaldi Rosa. -- São Paulo, 2019.
187 f.

Dissertação (Mestrado - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do
Desenvolvimento Humano) -- Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo,
2019.

1. Teste Psicológico. 2. Cuidados Paliativos. 3. Cuidador Familiar. I. Rinaldi
Rosa, Helena, orient. II. Título.

Nome: Cocenza, Isadora Bassi

Título: A vivência afetiva do cuidador familiar de pacientes em Cuidados Paliativos: uma análise pelo Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister

Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano.

Aprovado em:

Banca Examinadora

Prof.^a Dra.

Instituição:

Julgamento:

Prof.^a Dra.

Instituição:

Julgamento:

Prof.^a Dra.

Instituição:

Julgamento:

Aos meus queridos pacientes e seus familiares, que tanto me ensinaram sobre família, amor, vida e morte.

AGRADECIMENTOS

À toda a minha família, de sangue e de coração, pelo constante incentivo a apoio em todas as minhas jornadas e escolhas pessoais e profissionais. Obrigada aos meus pais Renato e Vera Lúcia, que são a base de tudo o que pude conquistar até hoje. Obrigada ao meu irmão, pela parceria de todos os dias. Obrigada ao meu namorado, pela paciência, pela dedicação e por estar sempre ao meu lado. Amo vocês.

A todas as amigas que construí nessa jornada profissional e acadêmica, pelas dicas, conversas, discussões, por estarem ao meu lado nos momentos que precisava desabafar e por continuarem iluminando meu caminho pelo conhecimento compartilhado, o meu muito obrigada.

À Prof.^a Dra. Helena Rinaldi Rosa que com tanta delicadeza atravessou esta jornada ao meu lado, muito obrigada pelo seu companheirismo e por compartilhar comigo tantos conhecimentos e vivências. Foi um privilégio ter sido escolhida por você.

A todos os meus professores, que estabeleceram o caminho para que eu chegasse até aqui, desde a minha educação escolar, da faculdade, da especialização e do mestrado, o meu especial agradecimento por me tornarem a profissional que sou hoje e por sempre de inspirarem a ser melhor.

Ao Hospital Nove de Julho, ao Prevent Senior e a Clínica Sainte Marie, por terem me recebido e por abrir suas portas à execução desta pesquisa. Agradeço, especialmente, à Dra. Mariangela Occhioso, à Dra Camila Guanais e à psicóloga Mariana Guariza, primeiramente por confiarem em mim e em meu trabalho e também pelo auxílio na identificação e captação dos familiares com tanto carinho e sutileza.

Por fim, agradeço àqueles que são a razão do meu trabalho e que confiaram em mim para compartilhar suas angústias e que tão generosamente concordaram em participar desta pesquisa, muito obrigada. São com participações como essas que temos a oportunidade de construir conhecimento, de compartilhar conhecimento e seguir buscando formas de minimizar o sofrimento humano.

“Esse negócio de morrer não foi ideia minha
(...) Morrer é uma maneira muito dura de
aprender sobre a vida” (Rubin, 1993)

RESUMO

Cocenza, I.B. (2019). *A vivência afetiva do cuidador familiar de pacientes em Cuidados Paliativos: uma análise pelo Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister* (Dissertação de Mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.

A família é o contexto mais significativo para o desenvolvimento e constituição dos sujeitos. Quando um integrante da mesma adoece, é no seio familiar que se reúne a fonte de cuidados e a atenção necessária para minimizar as dificuldades decorrentes deste processo. O movimento paliativista vem crescendo no mundo todo e, no Brasil, os primeiros serviços começaram a aparecer nos anos 90, sendo consideradas parte fundamental do trabalho da equipe multiprofissional a atenção e a investigação, com o paciente e com seus familiares, com o intuito de garantir o melhor manejo e atendimento do caso como um todo. Esta dissertação é uma pesquisa transversal, de natureza quanti e qualitativa, descritiva, que busca identificar a vivência afetiva dos familiares cuidadores de pacientes em Cuidados Paliativos exclusivos, a partir do teste Pirâmides Coloridas de Pfister (PCP). Foram avaliados 30 familiares cuidadores, filhos, entre 18 e 45 anos, de ambos os sexos, em três instituições hospitalares na cidade de São Paulo (uma voltada à atenção domiciliar e duas, voltadas para a internação hospitalar). Foi realizada uma entrevista semiestruturada e aplicado o PCP com cada familiar. Foram avaliadas a frequência das cores, as síndromes, o aspecto formal e a fórmula cromática. Primeiramente os dados do teste foram analisados de forma individual e, após, foi realizada análise estatística, na qual foram descritos o grupo amostral, os índices compatíveis com a média dos participantes, além de comparações de significância entre variáveis selecionadas pela entrevista. Para a comparação entre os resultados das cores e síndromes, foi utilizado o *teste não-paramétrico de Wilcoxon* e, para a comparação do aspecto formal e da fórmula cromática, o *Teste Exato de Fisher*. Foi considerado o nível de significância de 0,05, o qual equivale a confiança de 95%. Os resultados apontam que os familiares apresentam componentes de tensão e ansiedade, derivada do medo do desamparo e de sentir-se indefeso; além de sentimento de insatisfação, de vazio, de inferioridade e de incapacidade. Foram encontrados também indicações de medo, de fragilidade em canalizar e expressar suas emoções de maneira adequada. Em contrapartida, os familiares apresentam componentes que indicam possibilidades

melhores de contenção, elaboração e controle, com funções estabilizadoras e reguladoras. Outra característica importante entre os cuidadores é relacionada à empatia e aos relacionamentos sociais. De modo geral, apresentam componentes ligados à aptidão em compreender uma situação de forma intelectual e emocional simultaneamente e, também, em compreender o outro, significando uma capacidade de elaboração e habilidades relacionais. Além disso, há indicações de esses familiares são pessoas com energia, ativas, dinâmicas e determinadas. Espera-se com este estudo contribuir para a formação de diretrizes nos cuidados aos familiares cuidadores de pacientes em Cuidados Paliativos.

Palavras-chave: Teste Psicológico; Cuidados Paliativos; Cuidador Familiar.

ABSTRACT

Cocenza, I.B. (2019). *The affective experience of the Family caregiver of patients in Palliative Care: na analysis by Pfister's Colored Pyramids Test* (Master's Dissertation). Institute of Psychology, University of São Paulo, São Paulo.

Family is the most significant context for the development and constitution of the subjects. When a member of the family falls ill, it is within the family that the source of care and the attention necessary to minimize the difficulties resulting from this process are gathered. The palliative movement has been growing all over the world, and in Brazil, the first services began to appear in the 90s, being considered as a fundamental part of the work of the multiprofessional team the attention and investigation, with the patient and with their relatives, with the intention of ensure the best handling and care of the case as a whole. This dissertation is a cross-sectional, quantitative and qualitative, descriptive study that seeks to identify the affective experience of family caregivers of patients in exclusive Palliative Care using the Pfister Colored Pyramids (PCP) test. We evaluated 30 family caregivers, sons and daughters, between 18 and 45 years of age, of both sexes, in three hospital institutions in the city of São Paulo (one focused on home care and two focused on hospitalization). Data were collected with a semi-structured interview and PCP with each family member. Color frequency, syndromes, formal appearance and color formula were evaluated. Firstly, the test data were analyzed individually and, afterwards, a statistical analysis was performed, in which the sample group was described, the indices compatible with the participants' mean, and significance comparisons between variables selected by the interview. The *Wilcoxon nonparametric test* was used to compare the color results and syndromes, and to compare the formal aspect and the chromatic formula, *Fisher's Exact Test*. The significance level of 0.05 was considered, which is equivalent to a 95% confidence level. The results indicate that the relatives present components of tension and anxiety, derived from fear of helplessness and feeling helpless; as well as feelings of dissatisfaction, emptiness, inferiority and incapacity. We also found signs of fear, structural fragility, lack of affection, insecurity and dissatisfaction. All of these components added to a difficulty in channeling and expressing your emotions properly. On the other hand, relatives have components that indicate better possibilities of containment, elaboration and control, with stabilizing and regulatory functions. Another

important trait among caregivers is related to empathy and social relationships. In general, they present aptitude-related components in understanding a situation intellectually and emotionally simultaneously, and also in understanding the other, signifying a capacity for elaboration and relational skills. In addition, there are indications that these family members are people with energy, active, dynamic and determined. This study is expected to contribute to the formation of guidelines in the care of family caregivers of patients in Palliative Care.

Keywords: Psychological Test; Palliative Care; Family Car

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Publicações identificadas na revisão	34
Tabela 2 - Publicações com o uso do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister identificadas na revisão.....	44
Tabela 3 - Caracterização dos familiares de pacientes em Cuidados Paliativos participantes desta pesquisa	57
Tabela 4 - Medidas resumo para as Cores e Síndromes dos participantes em porcentagem – grupo geral	59
Tabela 5 - Frequências e percentuais para os aspectos formais agrupado – grupo geral	63
Tabela 6 - Medidas resumo por características em porcentagem – Cor Azul	65
Tabela 7 - Medidas resumo por características em porcentagem – Cor Vermelho	66
Tabela 8 - Medidas resumo por características em porcentagem – Cor Verde	68
Tabela 9 - Medidas resumo por características em porcentagem – Cor Violeta	69
Tabela 10 - Medidas resumo por características em porcentagem – Cor Laranja.....	71
Tabela 11 - Medidas resumo por características em porcentagem – Cor Amarela	72
Tabela 12 - Medidas resumo por características em porcentagem – Cor Marrom.....	74
Tabela 13 - Medidas resumo por características em porcentagem – Cor Preto	75
Tabela 14 - Medidas resumo por características em porcentagem – Cor Branco	77
Tabela 15 - Medidas resumo por características em porcentagem – Cor Cinza.....	78
Tabela 16 - Medidas resumo por características em porcentagem – Síndrome Normal	82
Tabela 17 - Medidas resumo por características em porcentagem – Síndrome Estímulo	84
Tabela 18 - Medidas resumo por características em porcentagem – Síndrome Fria	85
Tabela 19 - Medidas resumo por características em porcentagem– Síndrome Incolor	87
Tabela 20 - Frequências e Percentuais por características – Aspectos Formais – Pirâmide I..	89
Tabela 21 - Frequências e Percentuais por características – Aspectos Formais – Pirâmide II.....	91
Tabela 22 - Frequências e Percentuais por características – Aspectos Formais – Pirâmide III.....	92
Tabela 23 - Frequências e Percentuais por características – Fórmula Cromática	94
Tabela 24 - Correlações entre frequências de cores e de aspectos	96
Tabela 25 - Média para as cores por características demográficas em porcentagem	186

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Representação gráfica da definição de Cuidados Paliativos	22
Figura 2 - Resultado da busca e seleção de publicações com Familiares e Cuidados Paliativos...	33
Figura 3 - Resultado da busca e seleção de publicações com os Testes Projetivos.	43
Figura 4 - Distribuição geral dos familiares de pacientes em Cuidados Paliativos participantes dessa pesquisa.....	57
Figura 5 - Médias dos Percentuais das cores e síndromes – grupo geral	59
Figura 6 - Percentuais para os aspectos formais – grupo geral	62
Figura 7 - Percentuais para os Aspectos Formais e Fórmula Cromática agrupados – grupo geral	63
Figura 8 - Médias $\pm$ 1 Desvio padrão para os percentuais de cor Azul	65
Figura 9 - Médias $\pm$ 1 Desvio padrão para os percentuais de cor Vermelho	67
Figura 10 - Médias $\pm$ 1 Desvio padrão para os percentuais de cor Verde	68
Figura 11 - Médias $\pm$ 1 Desvio padrão para os percentuais de cor Violeta	70
Figura 12 - Médias $\pm$ 1 Desvio padrão para os percentuais de cor Laranja	71
Figura 13 - Médias $\pm$ 1 Desvio padrão para os percentuais de cor Amarela	73
Figura 14 - Médias $\pm$ 1 Desvio padrão para os percentuais de cor Marrom.....	74
Figura 15 - Médias $\pm$ 1 Desvio padrão para os percentuais de cor Preto	76
Figura 16 - Médias $\pm$ 1 Desvio padrão para os percentuais de cor Branco	77
Figura 17 - Médias $\pm$ 1 Desvio padrão para os percentuais de cor Cinza	79
Figura 18 - Médias $\pm$ 1 Desvio padrão para os percentuais de Síndrome Normal	83
Figura 19 - Médias $\pm$ 1 Desvio padrão para os percentuais de Síndrome Estímulo.....	84
Figura 20 - Médias $\pm$ 1 Desvio padrão para os percentuais de Síndrome Fria.....	86
Figura 21 - Médias $\pm$ 1 Desvio padrão para os percentuais de Síndrome Incolor.....	87
Figura 22 - Percentuais de Aspectos Formais – Pirâmide I.....	90
Figura 23 - Percentuais de Aspectos Formais – Pirâmide II	91
Figura 24 - Percentuais de Aspectos Formais – Pirâmide III	93
Figura 25 - Percentuais de Fórmula Cromática	95
Figura 26 - Valores das Cores – indivíduo versus indivíduo médio	184
Figura 27 - Valores das Síndromes – indivíduo versus indivíduo médio.....	185
Figura 28 – Médias para as Cores por características demográficas	187

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANCP	Academia Nacional de Cuidados Paliativos
INCA	Instituto Nacional do Câncer
OMS	Organização Mundial de Saúde
PCP	Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 Introdução	17
1.1 Cuidados Paliativos	17
1.1.1 História e o movimento <i>Hospice</i>	17
1.1.2 Conceito de Cuidados Paliativos	19
1.2 Família nos Cuidados Paliativos	23
1.2.1 O cuidador familiar em Cuidados Paliativos	24
1.2.2 Impactos do adoecimento na família e a sua participação nos Cuidados Paliativos	27
1.2.3 Pesquisas sobre os familiares em Cuidados Paliativos	32
1.2.3.1 Análise dos artigos encontrados	34
1.3 Métodos Projetivos	40
1.3.1 Pesquisas com o Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister	42
1.3.1.1. Análise dos artigos encontrados	43
1.3.2 Justificativa desta pesquisa	46
2 Objetivo	48
2.1 Objetivo Geral	48
2.2 Objetivos Específicos	48
3 Método	49
3.1 Participantes	49
3.2 Instrumentos	50
3.3 Procedimentos	52
3.4 Análise dos dados	53
3.5 Implicações Éticas	54
4 Resultados	56
4.1 Descritiva dos resultados demográficos	56
4.2 Análises das Cores, Síndromes, Aspecto Formal e Fórmula Cromática do grupo geral de participantes	58
4.3 Análises das Cores em relação às características demográficas dos participantes	64
4.3.1 Azul	64
4.3.2 Vermelho	66
4.3.3 Verde	67
4.3.4 Violeta	69
4.3.5 Laranja	70
4.3.6 Amarelo	72
4.3.7 Marrom	73

4.3.8 Preto.....	75
4.3.9 Branco.....	76
4.3.10 Cinza.....	78
4.3.11 Análise geral.....	79
4.4 Análises das Síndromes em relação às características demográficas dos participantes	82
4.4.1 Síndrome Normal	82
4.4.2 Síndrome Estímulo	83
4.4.3 Síndrome Fria	85
4.4.4 Síndrome Incolor	86
4.4.5 Análise geral	88
4.5 Análise do Aspecto Formal em relação às características demográficas dos participantes	89
4.5.1 Pirâmide I	89
4.5.2 Pirâmide II	90
4.5.3 Pirâmide III.....	92
4.6 Análise da Formula Cromática em relação as características demográficas dos participantes.....	94
4.7 Correlação entre as cores e o Aspecto Formal	95
5 Discussão.....	99
5.1 Índices compatíveis com a média.....	99
5.2 Diferenças significativas entre as variáveis	103
5.3 Correlações entre as cores e formações	108
6 Conclusões	111
7 Considerações Finais	114
8 Referências	115
Anexo A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	123
Anexo B – Modelo da Entrevista	125
Anexo C – Dados da entrevista, aplicação e correção do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister dos 30 participantes	126
Anexo D – Dados dos participantes versus os índices compatíveis com a média.....	184
Anexo E – Média Geral dos resultados das cores pelas características em análise.....	186

1 Introdução

1.1 Cuidados Paliativos

1.1.1 História e o movimento *Hospice*

Os Cuidados Paliativos tiveram origem no movimento *Hospice*. A palavra *Hospice* foi usada em um primeiro momento para denominar os locais que abrigavam peregrinos e viajantes, com o objetivo de lhes proporcionar conforto e cuidados. Pessini e Bertachini (2004) descrevem seu início na antiguidade:

(..) segundo a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP, 2009), durante o século V, era comum encontrar os *Hospices*, palavra em latim, que significa hospedaria, palavra relacionada à hospitalidade e acolhida ao estranho (Melo & Caponero, 2009). Os *Hospices* abrigavam os doentes, moribundos, famintos, mulheres em trabalho de parto, pobres, órfãos, leprosos e tinham como característica o alívio do sofrimento (Pessini & Bertachini, 2004, p. 11).

Cortes (1988) complementa que, no século XVII, surgiram instituições de caridade na Europa que construíram abrigos para órfãos, pobres e doentes; essa prática se propagou por organizações católicas e protestantes em vários pontos do continente, passando somente no século XIX a ter características de hospitais, com alas destinadas aos cuidados de doentes com tuberculose e câncer. Assim, de acordo com Foucault (1979), este espaço de cuidado nem sempre esteve relacionado à assistência médica ou à perspectiva de cura, mas desempenhava uma função mais direcionada à transição entre vida e morte e a salvação espiritual, com um cuidado clínico essencialmente leigo.

De acordo com Clark (2014), Jeanne Garnier é a primeira fundadora, até o momento identificada, de um *Hospice*, fundado em Lyon, na França, em 1842. Jovem, viúva e após perder dois filhos, ela fundou a *L'Association des Dames du Calvaire*, uma associação que abrigava moribundos com "uma familiaridade respeitosa, uma atitude de oração e calma diante da morte" (Cuidados Paliativos, 2014, p. 8).

O movimento do *Hospice* moderno tem como representante principal a médica, enfermeira e assistente social inglesa Cicely Saunders que, em 1967, fundou o St. Christopher's Hospice, em Londres, com o objetivo tanto de acolher os doentes, quanto incentivar o ensino e a pesquisa na área. Incomodada com a assistência que era prestada

na época, Saunders especializou-se e tomou para si a tarefa de cuidar dos pacientes, tratando seu sofrimento integralmente, isto é, corpo, mente e espírito. Sua intenção era tornar digna e confortável a vida destes pacientes (Coelho & Ferreira, 2015).

Segundo Matsumoto (2012), a expansão deste novo conceito de cuidados e de dor total foi primariamente levada pela experiência de profissionais que atuaram no St. Christopher's Hospice, e que retornaram aos seus países de origem (principalmente Canadá e Estados Unidos). Em 1970, um encontro entre Saunders e Elisabeth Klüber-Ross, psiquiatra e um dos grandes nomes do estudo do luto, impulsionou o crescimento do movimento *Hospice* nos Estados Unidos e, desde então, este tem se desenvolvido continuamente, contando hoje com quase dois mil programas (Cortes, 1988).

No Brasil, a filosofia *Hospice* deu seus primeiros passos na década de 80, com a atuação do Comitê de Câncer da Organização Mundial da Saúde (OMS), que criou um grupo de trabalho a fim de definir políticas para o alívio da dor e cuidados do tipo *Hospice*, inicialmente a pacientes com câncer e que fossem legitimadas em outros países. Em 1990, a OMS passou a adotar o termo Cuidados Paliativos (antes utilizado no Canadá), devido à dificuldade de tradução adequada ao termo *Hospice* em alguns idiomas (Pessini & Bertachini, 2004, p. 11).

A palavra paliativo, também derivada do latim *palium*, refere-se a um manto que os peregrinos usavam durante suas viagens em direção aos santuários para protegê-los do mau tempo. Assim, o Cuidado Paliativo tem como objetivo proteger e confortar o paciente em seu último estágio de vida (Pessini & Bertachini, 2004).

Em 1997 foi fundada, em São Paulo, a Associação Brasileira de Cuidados Paliativos que visa: proporcionar a qualificação científica e profissional de uma equipe de saúde, e que estuda a prática das disciplinas ligadas aos cuidados às doenças crônicas evolutivas em fase avançada e na finitude; aperfeiçoar a qualidade de atendimento e serviços aos enfermos; fomentar as pesquisas em Cuidados Paliativos, por meio de congressos, conferências, visando elevar o nível técnico-científico de todos os profissionais de saúde, tendo como meta o bem-estar da comunidade, preservando a melhoria na qualidade de vida dos doentes em diversos níveis de saúde (Hermes & Lamarca, 2013).

O movimento de Cuidados Paliativos no Brasil foi conquistando espaço a partir do ano 2000, sendo exemplar o Programa Nacional de Humanização dos Serviços de Saúde, iniciativa que prioriza o cuidado humanizado a pessoas doentes. Houve um

crescimento significativo ao movimento Paliativo no Brasil, com a criação de novos serviços, a consolidação dos existentes, bem como estudos crescentes na área e promoção de novas iniciativas emergindo em todo o país.

Este crescimento, de acordo com Costa (2005), vem ocorrendo pela crescente preocupação entre os profissionais de saúde, como pelo respeito obtido entre os diferentes setores da sociedade (incluindo os responsáveis pela criação e implementação de políticas públicas), pela busca ativa da sociedade, que não aceita mais a frase “não há mais o que fazer pelo paciente”. Os Cuidados Paliativos demonstram que sempre há muito que se fazer no momento de finitude de um paciente, no sentido de minimizar seu sofrimento e dar qualidade de vida, enquanto houver vida. E isto só é possível quando se foca no ser humano, e não na sua doença.

1.1.2 Conceito de Cuidados Paliativos

A ideia de proporcionar cuidado e conforto é a base dos Cuidados Paliativos, que estabelece uma nova forma de tratar, baseando-se em dois elementos fundamentais: o controle efetivo da dor e de outros sintomas decorrentes de tratamentos de doenças em fase avançada; e o cuidado que vai além da esfera física, estendendo-se para dimensões psicológicas, sociais e espirituais, tanto do paciente quanto de seus familiares (Melo & Caponero, 2009). Esta linha de pensamento é decorrente do conceito de dor total formulado por Saunders, em 1967, que direciona para um cuidar integral, abrangendo estas dimensões, além dos aspectos emocionais e financeiros (Saunders, 1991).

Isso significa que, dentro desta proposta, o objetivo é olhar o paciente e sua família com um contexto muito mais amplo do que um diagnóstico. É olhar a sua história, é conhecer seus pontos de vista, espiritualidade, seus desejos, vontades e expectativas, seu significado de vida e morte, sendo todos estes elementos respeitados e explorados. Estes cuidados com a esfera psicossocial e espiritual mostram-se como uma maneira de minimizar a vulnerabilidade do paciente, de seus familiares e da equipe de saúde, o que acaba por incentivar o vínculo entre os elementos desta tríade tão complexa (Loscalzo, 2008). Portanto a proposta dos Cuidados Paliativos é trabalhar não somente com o paciente, mas também com seus familiares e a equipe que os acompanha.

Na definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), há um enfoque na ideia de qualidade de vida baseada na prevenção e no alívio do sofrimento dos pacientes que têm doenças ameaçadoras da vida, englobando as esferas de ordem física, psicossocial e

espiritual. Logo, os pressupostos que norteiam essa dinâmica afirmam a vida e encaram a morte como um processo natural, como parte de um ciclo. Sustentam não adiar e nem prolongar a morte, mas sim promover alívio da dor e de outros sintomas, cuidando de forma integral da tríade, oferecendo suporte para que os pacientes possam viver da forma mais ativa possível e auxiliando os familiares no processo de luto (Saunders, 1991).

A definição integral da OMS do conceito de Cuidados Paliativos, formulada em 1990, atualizando em 2002 é: “Cuidados Paliativos consistem na assistência, promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença que ameaça a vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais” (p. 260).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2018) discrimina os princípios dos Cuidados Paliativos de forma mais ampla:

- Fornecer alívio de dor e outros sintomas;
- Reafirmar a vida e a morte como processo natural;
- Integrar os aspectos psicológicos, sociais e espirituais ao aspecto clínico de cuidado do paciente;
- Não apressar ou adiar a morte;
- Oferecer aos pacientes o maior controle possível no que se refere às decisões a respeito do seu cuidado, e lhe seja dada a possibilidade de recusar qualquer intervenção;
- Oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente e para auxiliar nas tomadas de decisões (caso o paciente não tenha condições);
- Oferecer um sistema de suporte para ajudar os pacientes a viverem o mais ativamente possível até sua morte;
- Oferecer ao paciente a possibilidade de escolher onde deseja morrer;
- Utilizar uma abordagem interdisciplinar para acessar necessidades clínicas e psicossociais dos pacientes e suas famílias, incluindo aconselhamento e suporte ao luto.

Com estas definições, entende-se que a proposta é de atuar tanto no tratamento com intenção curativa quanto na fase em que a doença já se apresenta em estágio avançado e não existe mais possibilidade de cura. Portanto, o término de uma terapia curativa não significa o final de um tratamento ativo, mas significa mudanças no foco do tratamento. A OMS (2002) enfatiza que o tratamento ativo e o tratamento paliativo não são mutuamente excludentes, pelo contrário, preconiza a identificação precoce, propondo

que muitos aspectos dos Cuidados Paliativos devem ser aplicados mais cedo, no curso da doença, em conjunto com o tratamento ativo e são aumentados gradualmente como um componente dos cuidados do paciente do diagnóstico até a morte. A transição do cuidado ativo para o cuidado com intenção paliativa é um processo contínuo e sua dinâmica difere para cada paciente.

De acordo com Braz (2013), é frequente o pensamento errôneo de que Cuidados Paliativos são destinados apenas àqueles pacientes em fase de terminalidade e a autora afirma que essa crença vem do avanço tecnológico da medicina, especialmente na década de 1990, pelas máquinas de ventilação, equipamentos e medicações mais modernos, propiciando diagnósticos mais precoces e, principalmente, medidas de suporte de vida avançados, capazes de aumentar a sobrevida dos pacientes. Esse contexto acabou por fomentar ainda mais nas equipes o desejo pela cura, submetendo, os pacientes, a medidas invasivas de suporte de vida, mesmo naqueles fora de possibilidades terapêuticas de cura. Logo, os Cuidados Paliativos eram a última escolha, último recurso após inúmeras tentativas de cura e prolongamento de vida (Braz, 2013).

O século XX e o desenvolvimento tecnocientífico foram o contexto no qual se desenvolveu o que Ariès denominou de “morte invertida” (2003). O morrer passa a ser vergonhoso e escondido, ocorrendo em instituições onde paradoxalmente deixa de ser considerado parte naturalmente integrante da vida e passa a ser visto como fracasso ou sinal de impotência. O moribundo é retirado do lugar de protagonista, não sendo visto como alguém que deva ter responsabilidades ou consciência de seu processo de morrer. Sobre a evolução histórica da assistência à saúde, Melo e Caponero (2009) indicam que

Esses avanços tecnológicos da medicina contribuíram de maneira inegável para o aumento da sobrevida dos pacientes, mas acabou por desenvolver uma abordagem focada muito mais na cura do que nos cuidados e bem-estar geral do paciente e dos familiares que o cercam (p. 259).

Assim, de acordo com Braz (2013), é função da equipe de saúde focar a atenção na qualidade de vida do paciente e não restringir os Cuidados Paliativos somente para o final da doença, no momento da morte, uma vez que este não atua apenas nos sintomas de desconforto, mas principalmente na prevenção deles. E segue pontuando que os Cuidados Paliativos são necessários logo na detecção da doença, junto ao tratamento curativo. Dessa forma, o paciente e a sua família passam a ter contato com a equipe de Cuidados Paliativos e, à medida que a doença crônica progressiva evolui e o tratamento curativo perde sua eficácia em controlá-la ou modificá-la, os Cuidados Paliativos se

tornam mais necessários, até figurarem como exclusivos em virtude do quadro de incurabilidade (Maciel, 2008). Como se pode observar na figura abaixo:

Figura 1. Representação gráfica da definição de Cuidados Paliativos

Fonte: elaboração própria da autora

Ambos devem estar presentes em todo o período do tratamento, a princípio com o predomínio da proposta curativa e, com a evolução do quadro e a percepção da irreversibilidade da doença, o tratamento paliativo vai ganhando espaço no tratamento total, até o momento da exclusão da proposta curativa e a passagem aos Cuidados Paliativos exclusivos. Esse funcionamento propicia, idealmente, a construção de um vínculo de confiança entre a tríade paciente-família-equipe, o que facilita e contribui para a articulação e o desenvolvimento dos planos de atuação. Além disso, tal funcionamento causa um menor sentimento de ruptura para o paciente e para a família quando passa para um tratamento paliativo exclusivo (Matsumoto, 2012). No caso de pacientes com boa resposta ao tratamento curativo, a intervenção paliativa poderia seguir o sentido contrário, se tornando menos presente conforme a necessidade de controle de sintomas deixe de existir (Arrais, 2018).

Na realidade atual, no Brasil, os serviços de Cuidados Paliativos não têm força suficiente para dar conta da demanda e os pacientes e familiares são encaminhados para serviços especializados, aos quais eles ainda não tiveram acesso ou conhecimento anterior, potencializando a crença da morte iminente. Na prática, a equipe entra no cenário quando já não há possibilidade de cura, ou seja, quando se torna uma proposta paliativa

exclusiva, no sentido da priorização das medidas de conforto. Nesta fase terminal, em que o paciente tem pouco tempo de vida, o tratamento paliativo se impõe para, por meio dos seus procedimentos, garantir qualidade de vida e de morte (Braz, 2013).

A abordagem paliativa vai muito além do manejo dos sintomas de difícil controle, ela atua também na atenção e no trabalho com os aspectos psicossociais associados à doença. A equipe de Cuidados Paliativos deve estar atenta e investigar a todo momento, junto com o paciente e com os familiares, para garantir o melhor manejo e atendimento aos sintomas, às complicações do quadro, aos seus pensamentos e sentimentos referentes e situação atual vivenciada. Considerando a carga devastadora de sintomas físicos e emocionais que estão presentes nos pacientes com doença terminal e em seus familiares, faz-se necessário uma identificação precoce e condutas terapêuticas antecipadas, dinâmicas e ativas, sempre respeitando o limite e o desejo do próprio paciente (Arrais, 2018).

Portanto, o tratamento paliativo é ativo e dinâmico e abarca no seu cuidado tanto os pacientes quanto seus familiares, considerando que a comunicação adequada entre eles e deles com a equipe é a base para toda a estrutura de atenção paliativa, sendo fundamentais para o esclarecimento e o favorecimento da adesão ao tratamento e a aceitação ao processo de terminalidade (Matsumoto, 2012). Atualmente, os Cuidados Paliativos são destinados a pacientes com doenças ameaçadoras à vida, como: câncer, AIDS, doenças crônicas-degenerativas de natureza neurológica, reumatológica, renais crônicas, cardiopatias, pneumopatias crônicas, neuropatias progressivas, esclerose lateral amiotrófica, esclerose múltipla, demências, além de pacientes com sequelas de acidentes vasculares encefálicos, ou seja, pacientes sem possibilidade terapêutica de modificação da sua doença (Matsumoto, 2012).

Vale ressaltar também que o modelo de assistência em Cuidados Paliativos se estende a programas de assistência domiciliar, assistência ambulatorial, emergência, internação hospitalar, podendo este último ocorrer em *hospices* ou em hospitais. Além disso, serviços de pós-morte, oferecendo suporte e apoio à família no processo de luto (OMS, 2002), proporcionando assim a solidificação do vínculo existente entre equipe e familiares (Franco, 2002).

1.2 A família nos Cuidados Paliativos

Família é um conceito que assumiu distintos significados e continua se modificando no curso da história. No século XVIII, a família ganhou valor em relação ao grupo social mais amplo, assumindo funções morais e espirituais em relação aos seus membros (Ariès, 1981). Já em relação a mudanças históricas mais recentes, Oliveira e Sommerman (2008) relatam uma transição entre um conceito anterior de núcleo reprodutivo e um novo, centrado no afeto e companheirismo. Segundo as autoras, contemporaneamente, “existe uma pluralidade de composições que incluem laços consanguíneos, relações não formalizadas por parentesco, núcleo doméstico, família não legitimada juridicamente, entre outras” (p. 118). Indicam, ainda, que esta é considerada uma entidade dinâmica, capaz de transformação e adaptação.

Geovanini (2011), ao expor o critério de família utilizado em sua dissertação, acentua que:

Entendemos aqui como instituição, constituída por vínculos sanguíneos ou legais, podendo ter sua unidade ampliada pelo estabelecimento de laços emocionais de proximidade, embora nem sempre reconhecidos legalmente, com quem se compartilha a vida cotidiana e os projetos de vida. (p. 60)

Tal critério é considerado adequado ao contexto aqui investigado, entretanto, no caso da presente pesquisa, os sujeitos entrevistados foram os filhos dos pacientes em Cuidados Paliativos, que estavam exercendo a função de cuidadores. Ainda que a coleta de dados tenha sido restrita a estes mais diretamente envolvidos no cuidado, optou-se por abordar a família de maneira mais ampla, pois sua organização geral é o contexto em que se inserem pacientes e familiares pesquisados.

1.2.1 O cuidador familiar em Cuidados Paliativos

De acordo com Fernandes, Alarcão e Raposo (2007) é na família, tenha ela a configuração que for, que o desenvolvimento do ser humano se inicia. Por ser o primeiro contexto de desenvolvimento, é o mais significativo na ontogenia. É na família que sentimos os primeiros amores e ódios, as primeiras aprendizagens, inicia-se a socialização e o desenvolvimento da nossa personalidade. Parte significativa de cada um de nós construir-se-á, então, a partir das aprendizagens realizadas no quadro familiar. A função

da família seria a de ensinar, transmitir crenças, valores, atitudes, mecanismos de enfrentamento, orientar, fornecer relações de afeto, etc. Portanto são relações de extrema importância para o desenvolvimento social e emocional, regado de expectativas e sonhos (Vara, 1996).

Todos esses níveis interagem para organizar a vida psíquica do grupo familiar e do sujeito desta família. Cada família possui um legado próprio, uma história particular, e constitui o ponto de origem de uma sociedade, caracterizando-se por ser a nascente de configurações intra e interpessoais (Lisboa & Carneiro, 2005). Silva (2001) acrescenta que a família funciona como um sistema vivo, de maneira que tudo que acontece a um de seus membros, repercute sobre os demais; assim, os seus efeitos não se restringem apenas à pessoa em particular, mas afetam normalmente a todos.

Portanto, quando uma doença acomete um de seus membros, os efeitos atingem a todos, a todo o sistema e, por cada família ter um funcionamento e organização única, os efeitos se mostram em diferentes dinâmicas de organização. Pela importância da família para a constituição dos sujeitos, quando um integrante da mesma adoece, é no seio familiar que se reúne a fonte de cuidados e a atenção necessária para minimizar as dificuldades decorrentes do adoecimento. A doença, especialmente crônica, impõe uma fragilidade no viver da família (Marchi, Carreira & Sales, 2015).

Quando se aborda Cuidados Paliativos e se discute sobre os objetivos dessa forma de tratar, há três focos de atenção: o paciente, a família e a equipe. Esta pesquisa tem por objetivo focar sua atenção no grupo dos familiares e, como a própria definição da OMS reconhece, a atenção está voltada para a qualidade de vida não só de pacientes como também de seus familiares, revelando a importância de a assistência da equipe de saúde ser também a eles. No capítulo introdutório do Manual lançado pela ANCP, indica-se que está entre os princípios dos Cuidados Paliativos o cuidado multiprofissional com a família durante o acompanhamento do paciente adoecido e após o óbito deste, no período de luto (Matsumoto, 2012).

A família participará, entretanto, não apenas como alguém que recebe, mas também como alguém que fornece cuidados, assumindo muitas responsabilidades que desencadeiam sentimento de impotência, ansiedade, angústia e tristeza (Marchi, Carreira & Sales, 2015). De acordo com Gayoso, Avila, Silva e Alencar (2018), os familiares costumam ser os principais cuidadores dos pacientes em Cuidados Paliativos, e segundo Hudson e Payne (2009), o cuidador familiar, também conhecido como cuidador informal,

é qualquer parente ou companheiro que tenha relação significativa e forneça assistência (física, social e/ou psicológica) para uma pessoa com uma doença grave e incurável. É alguém que não é pago para assumir esse papel e que presta atendimento não profissional, ou seja, sem treinamento técnico.

Delalibera, Barbosa e Leal (2018) realizaram uma pesquisa com 110 cuidadores familiares de pacientes em Cuidados Paliativos com o objetivo de caracterizar estes cuidadores. Para isso, aplicaram cinco instrumentos para avaliar a sobrecarga dos cuidadores; a dinâmica familiar; o suporte social; e sintomas de ansiedade, depressão e somatização. Como resultado, concluíram que os cuidadores familiares são majoritariamente do sexo feminino, casados, com idade média de 44 anos, e filhos dos pacientes. Dedicam a maior parte do seu tempo a cuidar dos pacientes, com uma parcela significativa que deixam de trabalhar ou reduzem as horas de trabalho para poder acompanhar seu familiar. Apresentam altos índices de sobrecarga, além de altos níveis de ansiedade, depressão, somatização e menos apoio social, tanto prático como emocional.

Apesar de pouca preparação ou formação específica, os cuidadores familiares desempenham um papel muito importante ao realizar os cuidados complexos exigidos por um paciente em situação de doença avançada, incluindo avaliação e gestão dos sintomas, cuidados com a higiene, alimentação, administração de medicamentos e ainda, por muitas vezes, regem as tarefas domésticas (Given, Given & Kozachik, 2001). Além desses cuidados concretos, contribuem também provendo suporte emocional, mantendo uma referência de estabilidade em meio à mudança e dividindo a responsabilidade das decisões sobre tratamento (Rait & Lederberg, 1989).

No capítulo do Manual dedicado à elaboração de planos de cuidado, é recomendada a presença de um cuidador/familiar junto ao paciente, no sentido de facilitar a adesão ao tratamento. Além disso, é indicada a adequação dos ambientes em que a assistência é prestada (setores de internação, ambulatorios e domicílio) para possibilitar a presença do familiar junto ao paciente em tempo integral (Chino, 2012).

O paciente é, portanto, um seguimento da família, e esta é de vital importância para a recuperação de sua saúde. Assim, os profissionais de saúde necessitam conhecer a estrutura familiar, sua dinâmica, seu conjunto de valores, crenças e significados próprios sobre a doença, tratamento e morte, e as interações que essa família possui e estabelece nos contextos em que transita, para assim atender a suas reais necessidades, adequando suas medidas de cuidado e buscando fortalecer e manter os vínculos apoiadores (Primio

et al, 2010).

1.2.2 Impactos do adoecimento na família e a sua participação nos Cuidados Paliativos

De acordo com Arrais (2018), a família constitui sistema psíquico inter-relacionado, ou seja, um membro influencia o outro, de maneira consciente ou inconsciente e esta influência mantém-se atuante por toda a vida desses indivíduos. O acometimento por doença grave e, principalmente, a progressão de tal doença, instala-se como crise na família, que vivencia uma ruptura do seu cotidiano e precisa encontrar maneiras de responder às novas demandas colocadas pelo adoecimento de um de seus membros. Os impactos na estrutura familiar dependerão, pois, de uma série de fatores, começando pelo papel exercido nela pelo sujeito que foi acometido pela doença (Oliveira & Sommerman, 2008).

No campo específico dos Cuidados Paliativos, a preocupação com a família do paciente com algum adoecimento crônico inicia-se por volta dos anos de 1970, e já se podem encontrar capítulos dedicados ao assunto no livro *Handbook of Psychooncology* (Rait & Lederberg, 1989). Os autores Rait e Lederberg (1989) apontam a família como “paciente de segunda ordem”, ou seja, alguém que deve ser incluído também como foco dos cuidados da equipe e não apenas como fonte de informações ou suporte para o paciente. Os autores elencam variáveis que interferem nos impactos recebidos pela família e podem auxiliar a investigação e intervenção junto a tais grupos. Rait (2015) atualiza estas informações e afirma que existem quatro grupos de variáveis:

- O processo de adoecimento: os pacientes necessitam de cuidados complexos e, como afirmado anteriormente, os familiares têm que lidar com uma grande carga de cuidados práticos que se somam à carga emocional. Neste ponto, os familiares podem assumir o papel de cuidadores em tempo integral, o que por vezes significa reduzir a carga horária ou mesmo abandonar o trabalho formal, geralmente com desdobramentos para sua organização financeira. Também será significativo o tempo de adoecimento, que, no caso dos pacientes em Cuidados Paliativos, é mais longo, gerando impactos relacionados à necessidade de organização do grupo familiar com divisão de tarefas, adequação das distintas estratégias de enfrentamento, administração de possíveis sentimentos de sobrecarga e fadiga, além do suporte ao desenvolvimento saudável de seus demais

membros;

- Grupo familiar: a história familiar e a maneira como esta se estruturava anteriormente poderá influenciar os recursos de enfrentamento e as estratégias a que vai recorrer. Cabe ressaltar, entretanto, que não se trata de uma determinação absoluta, uma vez que a organização familiar poderá passar por mudanças a partir da crise instalada. As fases do desenvolvimento familiar serão mais um elemento deste grupo, como, por exemplo, famílias recém-formadas, famílias com crianças, famílias com adolescentes ou filhos adultos jovens e as famílias de idosos.

- Relação estabelecida entre família e equipe de saúde: segundo o autor, da mesma maneira que a família constitui o contexto em que o paciente está inserido, o ambiente em que ocorre o tratamento constitui o contexto onde a família enfrentará o adoecimento. A formação de uma aliança colaborativa entre equipe e família dá suporte para uma boa adaptação e destaca as competências e forças do grupo familiar.

- Vínculo e parentesco paciente-familiar: aqui cabe refletir quem é o paciente e qual o papel que este desempenha na família, o que significa que diversos papéis familiares geram distintos impactos; e quem é o familiar cuidador e qual sua ligação com o paciente, o que significa que o adoecimento de um mesmo paciente terá variados impactos para cada familiar – cônjuge, pais, irmãos, filhos etc.

Diversos outros estudos confirmam a ocorrência de impactos psicológicos do adoecimento em familiares de pacientes em Cuidados Paliativos, especialmente pela vivência do luto antecipatório (Borges & Mendes, 2007). O luto antecipatório é caracterizado pela consciência da real possibilidade de uma perda, vivenciando assim um conjunto de reações cognitivas, afetivas, culturais e sociais. É o sentimento de perda vivenciado antes da morte propriamente dita, tem as características e sintomatologia semelhantes ao luto, e é experimentado tanto pelos familiares quanto pelos próprios pacientes (Fonseca & Fonseca, 2002).

Em Cuidados Paliativos, trabalha-se com a noção de que o processo de luto tem início já a partir do momento em que é recebido o diagnóstico de uma doença fatal ou potencialmente fatal e ele pode ocorrer durante um período longo de cuidados, especialmente nos casos de doenças crônicas, pois as perdas do dia a dia já são sentidas e com necessidade de serem elaboradas. Franco (2002) complementa que vivenciar perdas, neste contexto, é inevitável e a experiência destas perdas impõe à família um reajuste dos papéis a uma nova realidade familiar. De acordo com Inocenti, Rodrigues e

Miasso (2009), a proximidade da morte do paciente relaciona-se nos familiares cuidadores com sentimentos de medo, angústia, impotência e altos índices de sobrecarga, ansiedade, depressão e somatização, dados também encontrados na pesquisa de Delalibera, Barbosa e Leal (2018), citada anteriormente. Delalibera, Presa, Barbosa e Leal (2015) associam estes altos índices de sofrimento com a falta de preparação prévia, sobreposição a outras tarefas, pelas importantes decisões e serem tomadas, dificuldade de comunicação e falta de apoio social.

No que diz respeito às responsabilidades sobre as decisões de tratamento, Carlet et al (2004) aponta esta como uma das mais importantes ações que atuam diretamente sobre o impacto emocional. Diante do fato de o paciente não estar apto para tomar decisões por si (uma vez que está com as funções cognitivas prejudicadas em razão de condições clínicas, em coma ou com rebaixamento do nível de consciência), este familiar cuidador assume o papel de substituto na discussão sobre o delineamento e objetivos de tratamento, devendo guiar-se no sentido de respeitar os desejos, valores e preferências do paciente, os quais são difíceis de acessar quando este não está com suas funções cognitivas preservadas (Carlet et al, 2004).

A tomada de decisão da unidade de cuidado (paciente, família e equipe) sobre objetivos de tratamento e limitações terapêuticas ainda conta com outras variáveis: o estresse, a depressão e a ansiedade dos familiares influenciam na sua habilidade de tomar decisões (Curtis & White, 2011; Pochard et al., 2001). Estudos relatam que a colaboração interdisciplinar entre os membros da equipe está associada a um decréscimo dos sintomas da ansiedade e depressão dos familiares, sendo um componente importante na comunicação e no enfrentamento familiar (Curtis & White, 2011).

Vale acrescentar que não existe um consenso, entre as equipes de Cuidados Paliativos, acerca de tratamentos ou protocolos muito definidos, pois nesta perspectiva se particulariza o tratamento, não de acordo com o diagnóstico ou suas comorbidades, mas de acordo com as preferências e desejos do paciente e/ou da família e decidir o que realmente deve ser realizado com o paciente em final de vida é um dilema ético difícil, porém que determinará, em última instância, todo o processo de morte de um ser (Braz, 2013).

O familiar cuidador é exposto ao cansaço físico e psicológico e pode expressar necessidades próprias de cuidado, mas, por vezes, busca mascarar suas dificuldades de maneira a mostrar-se capaz de enfrentar a situação de adoecimento do paciente. O próprio

familiar pode ter dificuldade em reconhecer suas necessidades e deixar de cuidar de si, tanto física quanto psicologicamente (Silva, Moreira, Leite & Erdmann, 2012). Por outro lado, a manutenção de sua saúde física e mental é fundamental, inclusive, para a garantia de cuidados adequados ao paciente. O cuidador principal desponta, neste contexto, como o mais sujeito a sobrecarga e estresse, sendo necessária a divisão de tarefas com outros familiares para contornar tal situação, o que nem sempre é uma possibilidade (Andrade, 2012).

Holland (2002) assinala que os movimentos de retorno ao domicílio e aproximação do cuidado familiar, apesar de positivos em vários aspectos, aumentaram o fardo carregado por estes cuidadores. Andrade (2012), ao abordar o assunto das providências práticas a serem tomadas nos Cuidados Paliativos, indica que o reconhecimento dos limites e possibilidades de cuidado e atenção de todos os envolvidos na questão (paciente, família e equipe) é o ponto crucial para que a assistência proposta surta o efeito desejado. Afinal esse reconhecimento traz a tranquilidade necessária para a equipe atuar adequadamente, nem exigindo e solicitando em excesso ou insuficientemente da família e paciente; não indo nem além e nem aquém do que cada um pode oferecer. A “justa medida” deve ser buscada e pode ser obtida, visto que cuidar em nenhum momento pode se configurar como uma imposição, e ser cuidado deve ser sempre uma possibilidade e não uma tortura (p. 400).

A comunicação será, então, meio pelo qual necessidades e possibilidades poderão ser descobertas e articuladas para o benefício da unidade de cuidado. Para a família, ela constitui “elemento essencial que permitirá uma vivência mais serena e tranquila do processo de morrer do doente, sem gerar expectativas que não podem ser atendidas” (Silva & Araújo, 2012, p. 83). Tendo um papel destacado no momento inicial do diagnóstico (Rait, 2015), a comunicação adequada com a equipe é considerada como fator relevante pelos familiares durante todo o tratamento, mas tem ainda maior importância para os cuidadores de pacientes em Cuidados Paliativos (Munhoz et al., 2014).

Neste contexto, a família desempenha, com frequência, a função de intermediário da comunicação equipe-paciente, tanto no sentido de passar informações aos profissionais sobre o estado do doente como com vistas a filtrar aquilo que será informado a ele (Geovanini, 2011). As orientações e providências tomadas pelos profissionais dependerão do grau de consciência do paciente, com familiares assumindo gradualmente a responsabilidade legal pelas decisões com o avanço da doença.

Constitui-se, com efeito, uma situação especialmente desafiadora no que se refere ao respeito à autonomia do paciente, marcadamente quando esta passa a depender em maior grau dos familiares. Aquilo que pode ser um desejo e fonte de conforto para o doente, por exemplo, morrer no domicílio, por vezes constitui-se em causa de angústia e insegurança para os que o estão acompanhando (Andrade, 2012). Adicionalmente, nem sempre é fácil mostrar aos familiares que o paciente tem o direito de decidir sobre seu tratamento enquanto tenha suas capacidades para tal preservadas (Campos, 1994).

É importante levar em consideração que cada caso é um caso, cada família tem sua demanda, suas angústias, dúvidas, tornando importante uma comunicação individualizada, personalizada e adaptada para cada família (Curtis & White, 2011). Considera-se relevante que a equipe tenha ciência da cultura, religião, valores e o que cada família espera destes encontros – o que a família quer saber, como quer saber e o que é mais importante para ela no momento (Meyer, 2004). A equipe deve se atentar aos seus comportamentos não verbais e ter uma postura que valorize os sentimentos do familiar (Back & Arnold, 2005), já que isso promove uma maior abertura ao diálogo, estendendo-se para além do lógico e racional (condutas), sendo mais empático à difícil situação em que se encontra a rede familiar. Uma comunicação de más notícias na qual a equipe usa uma linguagem técnica, não acessível, que não escuta a família e não valoriza seus sentimentos, pode gerar estresse, ressentimentos e conflitos entre estes e a família (Heyland, Rocker, O'Callaghan, Dodek & Cook, 2003) o que, de acordo com Carlet et al (2004), ocorre em até 48% dos casos.

Vale ressaltar que, independente da aceitação de Cuidados Paliativos e limitações terapêuticas estabelecidas, a família deve ser abordada com frequência sobre essa questão (Carlet et al., 2004; Curtis & White, 2011), pois sua opinião pode variar de acordo com o prognóstico e evolução do paciente. Cada família tem sua configuração única e pode-se observar diversos enredos e situações. A decisão não deve ser tratada como algo definitivo, esse modelo de decisão compartilhada abre o discurso e permite novas configurações e revisitações, não sendo nada estático.

Portanto, ao longo do processo de adoecimento, a família e o paciente enfrentam inúmeras dificuldades, como as internações frequentes, terapias agressivas, separação dos familiares, alteração no cotidiano, problemas financeiros, angústia, dor, sofrimento, medo e, desta forma, percebem-se grandes alterações na unidade familiar neste período, justamente pela tentativa de adaptação a esta nova realidade (Schneider & Medeiros,

2011). Portanto, quando a doença é prolongada e ameaça a vida do paciente, pode levar a mudanças profundas no padrão de integração, regras e responsabilidades no contexto familiar. Apesar de toda atenção e cuidado que a equipe apresenta a cada caso, O contexto de Cuidados Paliativos gera mudanças importantes na rotina e no olhar de cuidados ao paciente, e os familiares podem enfrentar uma série de estressores em virtude dessas mudanças ocorridas, levando à piora nas condições de saúde, financeira, social e ocupacional, com consequente redução do seu bem-estar global. À medida que a doença progride e a morte se aproxima, o familiar torna-se cada vez mais dependente de auxílio e isso pode sobrecarregá-lo. Portanto, quando se restringem as possibilidades de cuidados curativos e é transmitido para os Cuidados Paliativos exclusivos, este se apresenta como um novo momento crítico, tanto para o próprio paciente quanto para a família. O cuidador familiar precisa, assim, repensar o seu papel ao longo da temporalidade, com a necessidade de ressignificação da própria vida (Marchi, Carreira & Sales, 2015).

1.2.3 Pesquisas sobre os familiares em Cuidados Paliativos

Visando a identificar resultados de pesquisas já realizadas relativas especificamente ao tema desta investigação, realizou-se uma busca sistemática por publicações que abordassem a vivência afetiva de cuidadores familiares de pacientes em Cuidados Paliativos no contexto brasileiro. Optou-se por focar em pesquisas nacionais visto que, de acordo com Arrais (2018), há um caráter geocultural no tema abordado.

O levantamento de material para a revisão se deu por meio de busca nas bases de dados nacionais e internacionais a seguir: Scielo; Pubmed; Lilacs; Medline; e BVS. Foram utilizados os seguintes descritores, que foram elaborados por um conjunto de possíveis palavras-chave nos idiomas Português e Inglês por meio de pesquisa nos descritores Decs/MeSH e da observação de palavras-chave usadas em artigos sobre tais temáticas. Chegou-se, deste modo, à seguinte busca:

* “família” OR “cuidadores” OR “relações familiares” (OR “family” OR “caregivers” OR “family relations”)

* AND “cuidados paliativos” OR “medicina paliativa” OR “palliative care” OR “hospice care” OR “terminal care” OR “end-of-life” OR palliative OR hospice

* AND “Brasil” OR “Brazil”

Alterações nas palavras e símbolos foram realizadas para adequação às

especificidades de cada base de dados.

Figura 2. Resultado da busca e seleção de publicações com Familiares e Cuidados Paliativos

Fonte: elaboração própria da autora

Após o levantamento das publicações identificadas em cada base de dados e exclusão dos resultados repetidos, chegou-se a 95 publicações. Foi dado prosseguimento com a leitura de títulos e resumos para selecionar materiais potencialmente relevantes de acordo com os seguintes critérios de inclusão: conter dados empíricos originais sobre a vivência afetiva de familiares cuidadores de pacientes em Cuidados Paliativos; abordar pacientes e famílias vivendo no Brasil ou brasileiros vivendo em outros países; estar publicado em Inglês ou em Português; publicações dos últimos 10 anos; e com textos completos disponíveis. A exclusão das publicações que não se mostraram adequadas aos critérios levou à seleção de 17 escritos. Foram realizadas a recuperação dos textos completos e a leitura na íntegra dos materiais, sendo geradas cinco novas exclusões nesta fase, em razão de os artigos não trazerem dados relativos ao objeto pesquisado (ver Figura 2).

Foram considerados para tal revisão apenas os escritos indexados nas bases de

dados selecionadas e recuperados com suporte nas palavras-chave, não sendo incluídos nos resultados que se seguem: livros; panfletos informativos; escritos encontrados por busca manual em bibliotecas; artigos que tenham chegado à pesquisadora por outras vias, como a indicação de pesquisadores ou a busca pelos textos das referências de outras publicações. Tais referências foram, contudo, consideradas e utilizadas, quando pertinentes, tanto para a fundamentação teórica já mostrada, como na discussão dos resultados da dissertação.

1.2.3.1 Análise dos artigos encontrados

Tabela 1
Publicações identificadas na revisão

Número	Publicação	Autores	Data	Profissão dos autores	Tipo de Estudo	Instrumentos Utilizados	Participantes
1	Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo	Araújo, L.Z.S.; Araújo, C.Z.S.; Souto, A.K.B.A e Oliveira, M.S.	2009	Enfermeiros	Quantitativo	- Questionário Estruturado Fechado	53
2	Rede social e vínculos apoiadores de familiares de pacientes em cuidados paliativos	Primio et al.	2010	Enfermeiros	Qualitativa	- Entrevista Semiestruturada	6
3	Um olhar sobre o cuidador de pacientes oncológicos recebendo cuidados paliativos	Guimarães, C.A. e Lipp, M.E.N.	2011	Psicólogos	Quantitativo e Qualitativo	- Entrevista Semiestruturada - Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSI)	10
4	Experiência de profissionais e familiares de pacientes em cuidados paliativos	Magalhães, S.B. e Franco, A.L.S.	2012	Psicólogos	Qualitativo	- Entrevista Semiestruturada	10
5	Cuidados paliativos: narrativas do sofrimento na escuta do outro	Coelho, M.E.M. e Ferreira, A.C.	2015	Psicólogos	Qualitativo	- Entrevista Semiestruturada - Observação de campo	20
6	Sobrecarga no cuidar e suas repercussões nos cuidadores de pacientes em fim de vida: revisão sistemática de literatura	Delalibera, M.; Presa, J.; Barbosa, A. e Leal, I.	2015	Psicólogos	Qualitativo	Revisão Sistemática de Literatura	
7	Dificuldades de cuidadores de pacientes em cuidados paliativos na estratégia da saúde da família	Meneguim, S. e Ribeiro, R.	2016	Enfermeiras	Qualitativo	- Entrevista Semiestruturada	50
8	Cuidadores informais de pacientes com câncer em estágio avançado: cada segundo está em risco de morbidade psiquiátrica	Rumpold et al	2016	Médicos	Quantitativo	- Escala Impacto de Evento (IES-R) - Questionário CAGE - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) - Escala de Zarit - Escala de Esperança	345

						Integrativa (IHS) - Inventário de Enfrentamento para Situações Estressantes (CISS)	
9	Qualidade de Vida, sobrecarga psicológica, necessidade e satisfação em cuidadores familiares de pacientes com câncer avançado no programa de cuidados paliativos	Ulrich et al.	2017	Enfermeiros	Quantitativo	- Questionário de Qualidade de Vida (SF-36) - Escala Beck de Ansiedade e Depressão (BAI e BDI) - Escala de satisfação com o cuidado (FAMCARE-2)	51
10	Circunstâncias e consequências do cuidar: caracterização do cuidador familiar em cuidados paliativos	Delalibera, M.; Barbosa, A. e Leal, I.	2018	Psicólogos	Quantitativo	- Escala Zarit - Family Relationships Index (FRI) - Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS) - Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)	60
11	Nível de conforto de cuidadores de pacientes oncológicos em cuidados paliativos	Gayoso, M.V.; Avila, M.A.G.; Silva, T.A. e Alencar, R.A.	2018	Enfermeiros	Quantitativo	- Palliative Performance Scale - Edmonton Symptom Assessment Scale - Holistic Comfort Questionnaire	50
12	Relações familiares no contexto dos cuidados paliativos	Espíndola, A.V.; Quintana, A.M.; Farias, C.P. e Munchen, M.A.B.	2018	Enfermeiros	Qualitativo	Revisão narrativa de literatura	

Fonte: elaboração própria da autora

Ao se observar o conjunto das publicações e alguns dados sobre elas, pode ser levantado algumas informações sobre estes temas de pesquisa (ver Tabela 1). A primeira a ser destacada é que o foco nessa temática de familiares e cuidadores paliativos vem crescendo nos últimos 10 anos, sendo que o ano com maior número de publicações foi 2018 (3 publicações), o que mostra o quanto se trata de tema atual e em ascensão. Quanto ao tipo de estudo há um número maior de pesquisa qualitativas (6), em relação às quantitativas (5), com apenas uma pesquisa quanti e qualitativa. O maior número de pesquisas é realizado por enfermeiros (6), comparados com as realizadas por psicólogos (5) e por médicos (1). Dessas, os enfermeiros realizaram o mesmo número de pesquisa quantitativas (3) e qualitativas (3), já os psicólogos realizaram mais qualitativas (3), do que quantitativas (1). Por fim, outro ponto interessante de se observar são os instrumentos empregados. O instrumento mais utilizado foi a entrevista semiestruturada (4), seguido por instrumentos padronizados que avaliam sintomas de ansiedade, depressão, stress, esperança, suporte social, de qualidade de vida e satisfação com o cuidado (3). Das

pesquisas selecionadas, 5 abordam unicamente pacientes com diagnóstico oncológico, enquanto as restantes apresentam diagnóstico crônicos mais variados.

Um ponto em comum nas pesquisas encontradas é, primeiramente, a identificação e caracterização dessa população de cuidadores familiares. Araújo et al (2009) realizaram uma pesquisa com 53 cuidadores, cujo objetivo era identificar o perfil dos cuidadores e verificar as atividades executadas e suas mudanças e dificuldades, utilizando um questionário estruturado fechado. Verificaram que 90% dos cuidadores são do sexo feminino, filhos dos pacientes, com média de 38 anos e que cuidam do paciente há cerca de um ano (60%). Além disso, 87% dos entrevistados afirmam que a condição socioeconômica piorou após a doença, tanto pela dificuldade de conciliar trabalho com cuidar do doente, como também pela participação deste na renda familiar antes do adoecimento; 77% dizem que passam o dia todo com o paciente, e 85% relataram que fazem todas as funções do cuidado: higiene do paciente, alimentação, administração de medicamento e acompanham nas consultas. Esses achados são semelhantes aos de Delalibera, Barbosa e Leal (2018) e de Gayoso et al (2018), que também observaram que os cuidadores mais velhos apresentam maior nível de conforto quando comparado aos cuidadores mais jovens (até 45 anos) e acreditam que a experiência de vida aumenta sua capacidade de enfrentamento e de oferecer um cuidado resiliente, reforçando a necessidade de novos estudos com a população de cuidadores mais jovens.

As pesquisas também apontam a existência de sentimentos negativos e de sofrimentos referentes ao quadro vivenciado. Delalibera et al (2015) encontraram, em sua revisão de literatura, que os estudos apontam sentimentos de ansiedade, depressão, estresse e tensão, insônia, redução da qualidade de vida, além de sentimento de impotência, desamparo, dificuldades financeiras decorrentes de possíveis alterações no emprego, gastos médicos e isolamento social. Esses sentimentos também são encontrados nas pesquisas de Araújo et al (2009); Guimarães e Lipp (2011); Magalhães e Franco (2012); Meneguim e Ribeiro (2016); Rumpold et al (2016) e Ullrich et al (2017).

No que diz respeito aos sintomas psiquiátricos, a pesquisa de Rumpold et al (2016), com cuidadores informais de pacientes em estágio avançado de câncer, concluiu que estes têm alto risco de desenvolver transtornos psiquiátricos. Foram coletados dados de 345 familiares cuidadores e verificou-se que, no geral, 52% dos participantes apresentaram uma ou mais desordens psiquiátricas suspeitas, sendo a ansiedade a mais prevalente (60.3%), seguido por depressão (42.6%), transtorno de estresse pós-traumático (18.7%) e, por último, dependência de álcool (11.3%). Também identificaram que, em

relação ao parentesco, o maior número encontrado, dos que apresentaram alguma hipótese diagnóstica, foi entre os pais, seguido pelos filhos; e em relação à qualidade de vida, aqueles com suspeita, tiveram qualidade de vida significativamente menor.

Em relação ao estresse, Guimarães e Lipp (2011) afirmam que todos os participantes de seu estudo apresentavam sintomas de estresse, sendo 60% deles já na fase de exaustão. Os três sintomas de estresse mais frequentes foram: pensar e falar constantemente de um só assunto; angústia e ansiedade diária e vontade de fugir de tudo; já os três sintomas físicos mais frequentes foram: tensão muscular, problemas de memória e sensação de desgaste físico constante. Os cuidadores relatam que o cuidar se tornou uma função penosa, exaustiva, que o ato de cuidar passou a ser uma obrigação e apontam o atendimento às necessidades do paciente como a maior dificuldade encontrada. Os autores relatam que os familiares buscavam, às vezes, além de seus limites atender tanto as necessidades básicas como aos desejos e vontades do paciente, e isso era dificultado pela falta de tempo disponível e pela falta de condições financeiras. Eles, muitas vezes, precisam se adequar à nova realidade, abrindo mão dos cuidados consigo mesmo, com a casa, com os filhos, a liberdade de sair, viajar, sempre pelo cuidado do outro. Assim o isolamento, tristeza, solidão, falta de apoio e falta de tempo para si ocasionam o estresse.

De modo geral, os estudos identificaram uma sobrecarga nos familiares, com o agravamento geral na saúde física, na qualidade de vida e na qualidade nos aspectos emocionais (Ullrich et al, 2017). Esta sobrecarga tem sido um dos fatores de risco apontados na literatura para o desenvolvimento de um luto complicado (Ferrario, Cardillo, Vicario, Balzarini & Zotti, 2004; Neimeyer & Burke, 2012), o que indica a importância de dedicar maior atenção a esta população vulnerável.

As pesquisas citadas também trazem queixas dos familiares quando ao cansaço extremo, dores no corpo (mais recorrente é a cefaleia), irritabilidade, insônia, exaustão, além de sentimentos de medo, insegurança, inutilidade, solidão e insatisfação com a vida. Venegas e Alvarado (2010) relacionaram estas queixas e sentimentos com a mudança de prioridade por parte dos familiares, que passa a ser o doente e todas as suas necessidades. E que os sentimentos de insegurança e medo vêm da necessidade de esclarecimentos deste familiar cuidador, que antes era apenas um membro da família e que passou, geralmente em um curto espaço de tempo, a ser também responsável pelos cuidados de um paciente grave.

A intensidade do sintoma e do sofrimento varia conforme a cultura, os valores, o

mundo afetivo e social, os sentimentos de pertencimento, os ideais e as escolhas do próprio sujeito. Sendo assim, o que se espera dos profissionais é a percepção dessa singularidade e dessa complexidade, a fim de que o cuidado se configure de forma adequada e integral (Coelho & Ferreira, 2015).

Coelho e Ferreira (2015) seguem complementando em sua pesquisa que aborda a questão da terminalidade, com a análise sobre a vivência da morte na sociedade atual. Para isso, eles realizaram entrevistas semiestruturadas com vinte familiares e com onze profissionais da saúde e afirmam que a doença e a morte continuam sendo temas tabus, e acabam levando para o que eles chamam de “conspiração de silêncio”, na qual se evita falar das necessidades e angústias que envolvem tais experiências. Nesse contexto, em que há dificuldades para se conversar sobre a morte que se aproxima, o mal-estar se instala por um “jogo de faz de conta”, que pretende manter a ilusão de que está “tudo bem”. Esse comportamento é prejudicial não só ao paciente e seus familiares, como também a toda a equipe profissional. Contudo, quando o silêncio é quebrado pelo diálogo e pela escuta atenta e sensível, todos os envolvidos sentem-se aliviados. Tanto para o paciente quanto para os familiares, a comunicação eficiente, respeitosa e ética é fundamental nesse momento inevitável. Quando é possível fazer um trabalho adequado de escuta, de diálogo e acolhimento, os familiares demonstram e relatam vivências e sentimentos positivos advindos desta experiência (Coelho e Ferreira, 2015).

Delalibera et al (2015) afirmam que existem, então, consequências positivas na prestação de cuidados. Os familiares relatam sentimento de satisfação com a possibilidade de demonstrar amor e carinho, sentem-se realizados, reconhecidos pelo seu cuidado e consideram que este cuidado faz a diferença para o paciente, percebem um fortalecimento das suas relações com os envolvidos e a sensação de ter participado de uma experiência gratificante e/ou significativa. Mas a percepção mais recorrente entre os familiares é a da mudança de valores pessoais e de visão de mundo, além do seu próprio crescimento pessoal com essa experiência. Seus achados são similares aos de outras pesquisas (Magalhães & Franco, 2012; Ullrich et al, 2017; Gayoso et al, 2018; Delalibera, Barbosa & Leal, 2018; Espíndola, Quintana, Farias & Munchen, 2018).

Essas conclusões também corroboram a citação de Kovács em 1992, que a realidade dos Cuidados Paliativos promove uma necessidade de uma mudança na sociedade. As pessoas leigas, no caso, os familiares que não são profissionais ou não atuam na área, vão se construindo como cuidadores e com isso vão se familiarizando com

a morte ou sua proximidade. Tal situação produz o movimento em busca da boa morte, o que demanda uma ressignificação de valores, crenças e visão do mundo. Delalibera et al (2015) concluem que os familiares mais satisfeitos com os cuidados prestados apresentam menos sobrecarga, o que favorece a sua qualidade de vida e, portanto, a qualidade de cuidado ao paciente.

Os levantamentos de Delalibera et al (2015) e de Gayoso et al (2018), também trazem a importância da religião e da espiritualidade para os familiares, como recurso de enfrentamento da situação de finitude, como forma de encontrar respostas, favorecendo sentimentos de acolhimento e de esperança, e importante fator para a manutenção da qualidade de vida do cuidador e do paciente. Os autores também reforçam a importância da rede de apoio estruturada para o auxílio tanto prático quanto psicológico à vivência da terminalidade, inclusive Delalibera, Barbosa e Leal (2018) afirmam que a falta de apoio social aparece diretamente associada à maior sintomatologia psicopatológica no cuidador e também ao pior funcionamento familiar.

Porém, neste levantamento bibliográfico, não foram encontradas pesquisas que trabalhassem com a diferença de Cuidados Paliativos no hospital e em domicílio. A pesquisa de Meneguim e Ribeiro (2016) retrata a vivência do familiar cuidador em domicílio e conclui que, no domicílio, o cuidador é obrigado a assumir múltiplas funções, tornando-se único, abdica da própria vida para cuidar do outro e, eventualmente, recebe algum tipo de auxílio (de outros familiares ou da rede de saúde pública). Assim, as dificuldades dos cuidadores foram atreladas à falta de rede de apoio, de recursos humanos, materiais, financeiros, despreparo para lidar com a morte no contexto da terminalidade e isolamento social.

As famílias são, portanto, elementos fundantes das sociedades, sendo a primeira rede social de apoio aos indivíduos e as responsáveis pela formação, desenvolvimento e socialização dos sujeitos, o que as torna instituição de importante valor e significado pessoal e social. Os núcleos familiares são afetados diretamente em situações de crise – como no caso de adoecimento e fim da vida –, sendo esperadas mudanças nessa organização familiar e, conseqüentemente, nos papéis desempenhados pelos familiares (Espíndola et al, 2018).

A sobrecarga sofrida pelo cuidador durante a jornada dos cuidados é intensa e tem conseqüências físicas, psíquicas e sociais. Nessa jornada, o comprometimento físico e emocional do cuidador é afetado, especialmente nos momentos mais críticos, como no

tratamento paliativo, em que há uma dependência crescente do paciente e do familiar cuidador e sintomas não controlados (Araújo et al, 2009). A assistência paliativa a doentes e familiares justifica-se por conta de que esses sujeitos enfrentam, ao longo do adoecimento, perdas simbólicas como a dos papéis sociais, da autonomia e da identidade, além da perda real, ou seja, o óbito do enfermo. Esses são fatores importantes que podem desencadear sintomas de depressão e outros sintomas psicológicos no cuidador (Araújo et al, 2009).

Em função disso, é preciso diferenciar as necessidades do cuidador daquelas do paciente e os cuidados devem ser pautados por uma abertura para diálogo, com comunicação honesta, evitando conspirações de silêncio e favorecendo a manutenção da autonomia e da dignidade de doentes e familiares (Espíndola et al, 2018).

1.3 Método Projetivo

No tópico anterior, foi realizado um levantamento bibliográfico sobre as pesquisas de envolvem o familiar e os Cuidados Paliativos nos últimos 10 anos. Como exposto na Tabela 1, neste levantamento observa-se que os psicólogos fazem mais pesquisas qualitativas do que quantitativas e que o instrumento mais utilizado foi a entrevista semiestruturada, seguido por instrumentos padronizados que avaliam sintomas de ansiedade, depressão, stress, esperança, suporte social, de qualidade de vida e satisfação com o cuidado. Não foram encontrados, neste levantamento, estudos que utilizem métodos projetivos de avaliação psicológica, sendo esta uma lacuna a ser preenchida, o que justifica a presente pesquisa.

O método projetivo é um tipo de teste psicológico que parte da hipótese, postulada por Freud, do mecanismo de projeção. Projeção é um mecanismo pelo qual o indivíduo atribui a terceiros, de maneira inconsciente, aspectos da sua própria personalidade (Pinto, 2014). Portanto, por esta hipótese, a pessoa, ao ser testada por um teste projetivo, projetaria aspectos da sua personalidade ao tentar organizar sua resposta ao estímulo-teste apresentado. Nestes, o indivíduo desconhece exatamente o que está sendo testado e assim se tornaria possível minimizar os mecanismos de defesa, permitindo ao psicólogo ter acesso a conteúdo não acessível à consciência do indivíduo (Lilienfeld, Wood & Garb, 2000). Bandeira, Trentini, Wink e Liberknecht (2006), abordando especificamente as

técnicas projetivas, relembram a importância de não entender projeção apenas como um mecanismo de defesa, conforme definido nos primeiros artigos de Freud (1911/1996), mas como “o processo no qual o sujeito expressa, no meio externo, seus conflitos, pensamentos e sentimentos” (p. 131), posição também compartilhada na obra posterior de Freud, conforme teóricos da psicanálise mais recentes, como Chabert (1998/2004, como citado em Scaduto, 2016, p. 31), que assevera que a projeção se relaciona ao desenvolvimento das noções de sujeito/objeto e subjetivo/objetivo (Scaduto, 2016).

Desta maneira, as técnicas projetivas ajudariam a captar esse mundo simbólico que muitas vezes é difícil de ser expressado pelo indivíduo verbalmente. Elas são planejadas para acessar esses conteúdos, apesar da racionalização e dos esforços de encobrimento conscientes. Essas técnicas favorecem ao indivíduo revelar seu mundo e sua realidade pessoal (Formiga & Mello, 2000). Este trabalho parte da hipótese de que, empregando um método ainda não utilizado nas pesquisas com o público de cuidadores familiares em Cuidados Paliativos, seja possível encontrar conteúdos sobre a vivência afetiva desses familiares ainda não explorados pela literatura atual.

Na presente pesquisa foi utilizado o teste das Pirâmides Coloridas de Pfister, que foi criado pelo suíço Max Pfister nos anos 50 e avalia aspectos da personalidade, destacando principalmente a dinâmica afetiva, a maneira como o sujeito se relaciona e demonstra suas emoções, além de suas habilidades cognitivas. No Brasil, este instrumento foi trazido por Fernando de Villemor Amaral, na década de 70 e seu manual por Anna Elisa de Villemor Amaral em 2005.

Esse teste pode ser aplicado desde crianças até idosos. Baseia-se em uma atividade não verbal (construção de pirâmides a partir de pequenos quadrados coloridos) que possibilita manifestações simbólicas dos sentimentos e da organização afetiva, oferecendo indicadores técnicos relativos à autopercepção e aos contatos interpessoais. Os indicadores do teste permitem que se conheçam aspectos da dinâmica afetiva e emocional, bem como as funções estruturais e cognitivas do examinado. Anzieu (1986) ressalta, ainda, que se trata de um teste de boa receptividade, agradando aos sujeitos por seu caráter lúdico.

O material do teste é composto por três cartões com um desenho de esquema de pirâmide em cada um deles, um conjunto de quadrículos coloridos de 10 cores diferentes, distribuídas em 24 tonalidades, havendo 45 unidades de cada tom, com a mesma quantidade para todos os tons e uma folha de registro dos dados. As cores que compõem

o material do teste são azul, verde e vermelho, cada um com quatro tonalidades; violeta, com três tonalidades; amarelo, laranja e marrom, com duas tonalidades cada; e um preto, um branco e um cinza. Com base nas cores escolhidas e nos padrões de preenchimento da pirâmide, é possível avaliar níveis de impulsividade, depressão, ansiedade, criatividade, proatividade, entre outros.

Por se tratar de um instrumento não verbal, caracterizado por ser de fácil aplicação e entendimento e relativamente lúdico, não exigindo habilidades específicas, o teste de Pirâmides Coloridas de Pfister acaba por tornar-se uma atividade agradável e, por isso, bastante útil quando se trata de apreender a dinâmica afetiva do paciente, principalmente no caso de indivíduos com dificuldade de expressão verbal ou gráfica (Villemor-Amaral, 2012).

1.3.1 Pesquisas com o Teste Pirâmides Coloridas de Pfister

Visando a identificar resultados de pesquisas anteriores que utilizaram o teste de Pirâmides Coloridas de Pfister, realizou-se uma busca sistemática por publicações que abordassem este instrumento. Seguiu-se o mesmo critério anterior de focar nas pesquisas brasileiras, com o intuito de verificar como o teste tem sido utilizado nas pesquisas. O levantamento de material para a revisão se deu de forma semelhante ao anterior, utilizando as bases de dados nacionais e internacionais a seguir: Scielo; Pubmed; Lilacs; Medline; e BVS. Foram utilizados os seguintes descritores:

* “Teste Pirâmides Coloridas de Pfister” Or “Pfister”

* AND “Adultos” OR “família” OR “cuidadores” OR “relações familiares” (OR “Adults” OR “family” OR “caregivers” OR “family relations”)

* AND “cuidados paliativos” Or “medicina paliativa” OR “palliative care” OR “hospice care” OR “terminal care” OR “end-of-life” OR palliative OR hospice

* AND “Brasil” OR “Brazil”

Alterações nas palavras e símbolos foram realizadas para adequação às especificidades de cada base de dados.

Figura 3. Resultado da busca e seleção de publicações com o Teste Pirâmides Coloridas de Pfister

Fonte: elaboração própria da autora

Após o levantamento das publicações identificadas em cada base de dados e exclusão dos resultados repetidos, chegou-se a 30 publicações. Foi dado prosseguimento com a leitura de títulos e resumos para selecionar materiais potencialmente relevantes de acordo com os seguintes critérios de inclusão: conter dados empíricos originais sobre a utilização do teste com públicos diversos; abordar dados referentes a atualidade do uso do teste; estar publicado em Inglês ou em Português; publicações dos últimos 10 anos; e com textos completos disponíveis. A exclusão das publicações que não se mostraram adequadas aos critérios levou à diminuição para 13 escritos. Após esta etapa, foram realizadas a recuperação dos textos completos e a leitura na íntegra dos materiais, sendo geradas quatro novas exclusões nesta fase. Foram empregados os mesmos critérios de exclusão mencionados anteriormente.

1.3.1.1 Análise dos artigos encontrados

Tabela 2
Publicações com o uso do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister identificadas na revisão

Número	Publicação	Autores	Data	Tipo de Estudo	Instrumentos Utilizados	Participantes
1	Validade incremental de Zulliger e do Pfister no contexto da toxicomania	Franco, C.R.R. e Villemor-Amaral, A.E.	2012	Quantitativo	- Entrevista Semiestruturada - Técnica de Zulliger - Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister	20
2	O Teste de Pfister na avaliação de depressão e ansiedade em universitários: evidências preliminares	Nogueira, T.G.	2013	Quantitativo	- Entrevista Semiestruturada - Escalas Beck de depressão e ansiedade - Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister	20
3	Psicodinâmica dos transtornos alimentares: indicadores do Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister	Oliveira-Cardoso, E.A. e Santos, M.A.	2014	Quantitativo	- Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister	27
4	Avaliação de aspectos da Inteligência Emocional nas Técnicas de Pfister e Zulliger	Miguel, F.K.; Zuanazzi, A.C. e Villemor-Amaral, A.E.	2017	Quantitativo	- Teste de Zulliger Sistema Compreensivo - Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister	98
5	Empatia em cuidadores de idosos por meio do Teste Pfister	Lampert, C.D.T. e Scortegagna, S.A.	2018	Quantitativo	- Inventário de Empatia - Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister	10

Fonte: elaboração própria da autora

Observando o conjunto das publicações acima percebe-se que existem poucos trabalhos que utilizam o teste de Pirâmides Coloridas de Pfister nos últimos 10 anos e que nenhum dos encontrados tem como público familiares cuidadores de pacientes em Cuidados Paliativos. Somente a pesquisa mais recente (Lampert & Scortegagna, 2018) tem como participantes cuidadores, porém, neste caso, são cuidadores de idosos formais, contratados para o serviço e não familiares. Quanto ao tipo de estudo, todos são pesquisas quantitativas e a maioria (4) utiliza mais de um método de avaliação, somente em uma pesquisa utiliza-se unicamente o Pfister (Oliveira-Cardoso & Santos, 2014).

Após leitura desses estudos, observou-se que o ponto em comum dos trabalhos diz respeito às análises do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister (PCP), sendo considerados as execuções e modo de colocação, frequências das cores e os significados das mesmas, o aspecto formal, as síndromes e a fórmula cromática. Outro ponto em comum foi o uso do PCP somado a outro teste. Franco e Villemor-Amaral (2012) realizaram um estudo com 20 dependentes químicos para verificar a validade incremental de outra técnica projetiva (Teste Zulliger) e os resultados demonstram coerência entre as

informações geradas pelos instrumentos, sendo que, nas duas técnicas, a estrutura e os conteúdos das respostas expressam necessidades, interesses e preocupações dos dependentes. Os autores afirmam que, em ambos testes, o modo como a tarefa foi expressa revelou informações sobre a organização psíquica, fazendo da linguagem oral e da visão das imagens uma expressão do mundo interno da pessoa. As duas técnicas, embora diferentes, não foram contraditórias ou incompatíveis, sendo, muitas vezes, complementares. Miguel, Zuanazzi e Villemor-Amaral (2017) também utilizaram o Teste Zulliger e o PCP, chegando à conclusão semelhante, e afirmam que se pode aplicar dois testes projetivos diferentes em um mesmo contexto.

O trabalho de Nogueira (2013) utilizou as escalas de avaliação de ansiedade e depressão (BAI e BDI) com o PCP, em um estudo com 20 alunos universitários e afirma que, no que se refere aos sintomas de depressão e ansiedade, os resultados encontrados, tanto no Pfister quanto no BAI e BDI, apontam um índice de ansiedade maior do que de depressão, reforçando uma correlação positiva com o uso destes testes, em como o PCP complementa os achados e possibilitou conhecer algumas características da personalidade dos alunos pesquisados. Outro apontamento da pesquisa diz respeito ao uso, pouco frequente, de testes psicométricos e testes projetivos associados como instrumentos de pesquisa.

Somente a pesquisa de Oliveira-Cardoso e Santos (2014), com 27 pacientes com diagnóstico de transtornos alimentares (TA), utilizou unicamente o PCP. Esta pesquisa tinha como objetivo analisar o funcionamento lógico e afetivo desses participantes e os autores concluíram que este instrumento traz possibilidades de se obter ricas informações sobre a vivência afetiva e o dinamismo psíquico, bem como sobre a situação atual e condição afetiva da personalidade dos indivíduos submetidos à técnica, podendo contribuir para o diagnóstico de diversos transtornos mentais, como depressão, esquizofrenia e Transtorno Obsessivo Compulsivo. Os autores ainda consideram que a principal contribuição deste estudo foi evidenciar que uma técnica de caráter lúdico, que pode ser empregada durante a consulta ambulatorial, pela rapidez e relativa simplicidade de aplicação, pode ser um recurso valioso na avaliação psicodinâmica de aspectos da personalidade de pacientes com TAs.

A pesquisa encontrada com a temática mais próxima à deste estudo foi a de Lampert e Scortegagna (2018), que avaliaram 10 cuidadores formais com o objetivo de verificar se eles apresentavam disposição empática, utilizando o PCP e o Inventário de Empatia (IE). Os principais resultados dos dois testes demonstram habilidades empáticas

das cuidadoras, com um nível maduro de funcionamento cognitivo e emocional. Pelo IE, foram identificadas elevações nas categorias Tomada de Perspectiva, Altruísmo e Sensibilidade Afetiva. Pelo PCP, os cuidadores apresentaram escores nas frequências das cores dentro do esperado para o grupo normativo de adultos não pacientes (Villemor-Amaral, 2012), o que sugere boas perspectivas quanto ao funcionamento psicológico e reforça a presença de habilidades empáticas e de envolvimento afetivo, bem como indica ausência de sintomas que pudessem interferir na saúde mental da amostra estudada.

Apesar disso, observaram-se diferenças mais expressivas em relação ao uso do Vermelho e Cinza, o que sugere características de extroversão e capacidade de expressão de afetos. Observou-se também que, quanto maior a frequência de uso do Verde, menor foi o uso de Violeta, apontando para uma possibilidade de maior capacidade em compreender o outro e estabelecer relações empáticas. A cor mais utilizada foi o Verde3, considerada tonalidade que mais se relaciona à esfera dos relacionamentos afetivos e sociais. Observou-se também, em relação à análise formal, que há uma tendência dos cuidadores em pautarem suas ações baseadas nas emoções, porém com maior adaptação e equilíbrio emocional, visto que 80% foram tapetes com início de ordem.

Os autores concluem que este foi um dos primeiros estudos conduzidos com o uso do PCP na avaliação de cuidadores formais e afirmam que os resultados obtidos foram promissores, elucidando aspectos quanto às habilidades empáticas dos cuidadores bem como à legitimidade do instrumento. Diante disso, os autores ressaltam a possibilidade do uso do PCP como instrumento eficaz para acessar a vivência afetiva dos cuidadores e os atributos necessários para esta função.

1.3.2 Justificativa desta pesquisa

Pelos levantamentos realizados nesta pesquisa, observou-se primeiramente que o foco da temática envolvendo familiares cuidadores e Cuidados Paliativos vêm crescendo nos últimos dez anos, porém com um número maior de pesquisas qualitativas e realizadas por enfermeiros. Das pesquisas encontradas, nenhuma aborda o uso de técnicas projetivas em familiares cuidadores de pacientes em Cuidados Paliativos, no contexto brasileiro, sendo esta, como relatado, uma lacuna importante que este estudo pretende abordar.

No que diz respeito aos achados com o uso do PCP, os autores reforçam que, apesar de ser um instrumento utilizado pelos psicólogos há anos, especialmente na clínica, existem poucas publicações recentes com o seu uso. Portanto, é necessária a continuidade

dos esforços de investigação na área de Cuidados Paliativos e avaliação psicológica, pelo primeiro ser uma maneira de tratar e de olhar a vida e a morte ainda muito recente no Brasil e pelo segundo demandar novas pesquisas. Este é o caminho que permite um contínuo melhoramento da compreensão da vivência afetiva dos familiares cuidadores de pacientes em Cuidados Paliativos, contribuindo para uma abordagem otimizada e mais consciente das reais demandas deste público.

2 Objetivo

2.1 Objetivo Geral

O objetivo desta pesquisa é caracterizar a vivência afetiva emocional de filhos que são os principais cuidadores de pacientes que estão em Cuidados Paliativos exclusivos.

2.2 Objetivos Específicos:

- Analisar a frequência das cores, as síndromes, o aspecto formal e a fórmula cromática do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister dos participantes em comparação com a população de não pacientes do manual de Villemor-Amaral (2012, p.160 e p.164);
- Analisar, qualitativamente, os dados do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister dos familiares, de forma individual e coletiva;
- Identificar o perfil típico dos familiares de pacientes em Cuidados Paliativos exclusivos;
- Identificar se há e quais as diferenças significantes entre as variáveis: sexo, profissão, religião, diagnóstico do paciente, atendimento hospitalar ou domiciliar se o cuidador familiar recebe algum tipo de auxílio nos cuidados com os dados do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister;
- Identificar correlação significantes entre as frequências das cores e a frequência dos aspectos formais.

3 Método

O método utilizado em trabalhos científicos pode ser classificado de acordo com a perspectiva epistemológica que os embasa. Existem diferentes categorias para sua classificação, a depender da: abordagem, natureza, tempo, procedimento e objetivos existentes na investigação (Silveira & Córdova, 2009; Cozby, 2009).

Em relação à abordagem, este estudo configura-se como quanti e qualitativa, buscando a interpretação dos fenômenos observados e no significado que carregam e, também descrever e estabelecer interpretações sobre eventos identificados, utilizando recursos preestabelecidos e instrumentos predeterminados e quantificáveis. Já em relação à natureza, trata-se de investigação de natureza aplicada, tendo como objetivo identificar e compreender variáveis que influenciam determinado fenômeno, no caso, a vivência afetiva de cuidadores familiares de pacientes em Cuidados Paliativos (Newman, Browner, Cummings & Hulley, 2008).

O método selecionado engloba objetivos considerados descritivos, intentando identificar e caracterizar variáveis específicas (vivência dos cuidadores familiares por testes projetivos). No que se refere ao tempo, o trabalho configura-se como um estudo transversal. Prevê a coleta de dados em apenas um recorte temporal, adequando-se ao objetivo de descrição de variáveis, possibilitando a determinação da frequência de eventos estudados e possíveis associações existentes entre fatores identificados como significativos (Newman, Browner, Cummings & Hulley, 2008).

Em relação ao procedimento, por fim, o trabalho apresenta características de uma pesquisa de levantamento. Está relacionado à característica de grupos específicos, no caso, cuidadores familiares de pacientes em Cuidados Paliativos. Neste sentido, o levantamento permite a obtenção e a sistematização das características deste grupo, ainda pouco explorado na literatura (Calais, 2007; Sisto, 2007). Em síntese, o presente trabalho configura-se como estudo transversal, de natureza quanti-quantitativa, descritiva a partir de instrumento de avaliação psicológica.

3.1 Participantes

Foram avaliados 30 cuidadores familiares de pacientes que se encontram em proposta de tratamento de Cuidados Paliativos exclusivos, em três instituições hospitalares na cidade de São Paulo (uma voltada à atenção domiciliar e duas, voltadas

para a internação hospitalar). Os familiares selecionados foram filhos de pacientes que estão em programas de Cuidados Paliativos exclusivos, tanto hospitalar quando domiciliar, pelo tempo máximo de um ano; com faixa etária entre 18 e 45 anos; de ambos os sexos e voluntários (mediante leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – anexo A).

Optou-se por realizar a pesquisa com este público em específico visto que, pelo levantamento bibliográfico realizado, as pesquisas que identificaram o perfil dos cuidadores familiares encontraram essas características (Araújo et al, 2009; Delalibera, Barbosa & Leal, 2018; Gayoso et al, 2018). Estes autores também reforçaram a necessidade de novos estudos focados com a população de cuidadores mais jovens (até 45 anos), além de que, no levantamento bibliográfico, não foram encontradas pesquisas que trabalhassem com a diferença de Cuidados Paliativos no hospital e em domicílio.

Assim, os critérios de inclusão nesta pesquisa foram: cuidadores familiares de pacientes que estão em programas de Cuidados Paliativos exclusivos há até um ano, seja em programa domiciliar ou de internação hospitalar; familiares que tenham ciência do diagnóstico, prognóstico e da proposta paliativa; familiares cujo grau de parentesco seja filhos; de ambos os sexos; familiares com faixa etária entre 18 e 45 anos.

E os critérios de exclusão desta pesquisa foram: familiares de pacientes que tem propostas curativas ou que estão em transição para a proposta paliativa; familiares que não tenham ciência do diagnóstico, prognóstico e/ou da proposta paliativa; familiares que não sejam filhos de pacientes em Cuidados Paliativos; familiares menores de 18 anos ou que tenham mais de 45 anos; familiares com problemas cognitivos, dificuldades psiquiátricas e/ou em uso de medicação que possa interferir no seu desempenho (verbal ou motor).

3.2 Instrumentos

- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, anexo A):

Descreve informações quanto à instituição de origem, os procedimentos empregados da pesquisa e seus objetivos, a não obrigatoriedade da participação, a garantia do sigilo quanto as informações oferecidas e a possibilidade de obter os resultados das aplicações, caso o participante deseje.

- Entrevista Semiestruturada (anexo B):

Contém perguntas referentes às informações sobre a caracterização dos participantes, tais como nome, idade, estado civil, se tem ou não filhos, escolaridade, profissão, religião, diagnóstico do paciente, há quanto tempo o paciente entrou para o programa de Cuidados Paliativos exclusivos, se o familiar recebe ou não ajuda de terceiros nos cuidados e breve história do processo de adoecimento. A entrevista teve, por objetivo, coletar informações breves para correlacionar com os dados da análise posterior do PCP.

- Teste Pirâmides de Pfister:

O teste foi aplicado conforme orientação do manual elaborado por Anna Elisa de Villemor-Amaral (2012), com a apresentação de três cartelas contendo, cada uma, um esquema de pirâmides a preencher. A aplicação foi feita de forma padronizada, repetindo-se as mesmas instruções recomendadas (pp. 42-48):

“Aqui temos uma grande quantidade de papeizinhos com cores e tonalidades diversas (nesse momento, abrir a caixa contendo os quadriculos e despejá-los sobre a mesa, misturando levemente) e o esquema de uma pirâmide (mostra apenas o primeiro cartão). Cobrindo-se os espaços da pirâmide, obtém-se uma pirâmide colorida. Você deve fazer sua pirâmide usando as cores que quiser, pode trocar ou substituir à vontade, até que a pirâmide fique do seu gosto, fique bonita para você. Alguma dúvida? Então pode começar.”

Ao terminar a primeira pirâmide, foi retirado o trabalho executado e colocado de modo que o sujeito não pudesse vê-lo (em uma gaveta da escrivaninha, em uma cadeira ou sobre a mesa, coberto por uma folha de papel) e apresentado o segundo esquema:

“Agora eu gostaria que você fizesse outra e depois ainda há mais uma a ser feita.”

Após cada orientação, foi anotado tudo que o participante fez, cada escolha de cor (pela sua codificação) e o lugar em que esta foi colocada no esquema.

Terminada as três pirâmides, foi reapresentado as outras duas de forma alinhada na frente do participante, na ordem em que foram feitas, da esquerda para a direita, e foi feito um pequeno inquérito:

“Muito bem, aqui estão as três pirâmides que você fez.

- Qual delas você acha que ficou mais bonita? De qual você gosta? Por quê?
- De qual delas menos gosta? Por quê?
- Geralmente de qual cor gosta mais?
- De qual cor menos gosta em geral?

- Aqui no teste, qual a sua cor preferida?
- De qual cor do material você menos gostou?"

Ao final deste teste, foram questionadas suas impressões, como está se sentindo e se gostaria de dizer mais alguma coisa ou se havia alguma dúvida.

3.3 Procedimentos

Os dados foram coletados pela própria pesquisadora, no período de julho de 2018 a abril de 2019. O ingresso da pesquisadora nas três instituições se deu após análise e aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa de cada instituição. Nas duas instituições que atuam como atenção hospitalar, foi concedida uma sala apropriada, reservada, com iluminação adequada, com uma mesa de superfície de cor neutra e espaço com privacidade. Na instituição com atendimento domiciliar, as coletas foram realizadas nas próprias residências dos pacientes/familiares.

Nas três instituições, foi acordado (pela própria solicitação das equipes) que a equipe de Cuidados Paliativos faria o primeiro contato com os familiares acerca da pesquisa. A pesquisadora repassou informações e orientações às equipes quanto a este primeiro contato, referentes aos critérios e inclusão/exclusão, os objetivos da pesquisa e o caráter voluntário da participação. Com o consentimento de cada familiar, a pesquisadora entrou em contato, via telefone, para o agendamento do dia, horário e local da coleta.

As aplicações foram realizadas em uma única sessão individual, não ultrapassando o tempo limite de 60 minutos. Foi proposto um segundo encontro com os familiares, com o intuito de dar devolutiva a todos sobre o material analisado, individualmente. Nas coletas, primeiramente foi apresentado aos participantes o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e explicado novamente os objetivos e possíveis riscos envolvidos na participação da pesquisa, certificando-se do caráter voluntário, esclarecendo sobre o consentimento e garantindo as condições de sigilo profissional, assim como as demais condições constantes no TCLE (anexo A). Em seguida foi realizada uma entrevista semiestruturada, com o objetivo de coletar os dados mencionados acima (anexo B).

Após esta etapa foi aplicado o Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister (PCP) e foram seguidas as recomendações técnicas específicas para a aplicação desse material de avaliação psicológica, apresentado anteriormente (3.2 Instrumentos). Durante a aplicação

do PCP, foi anotado o modo de colocação das cores e o código de cada cor no protocolo de aplicação.

Vale salientar que, em cada instituição, teve-se o cuidado em acordar com a equipe de saúde, especialmente com o serviço de psicologia, uma rede de suporte aos familiares participantes que apresentassem, na coleta, sintomas importantes de ansiedade, depressão, irritabilidade ou quaisquer reações de choque afetivo, em qualquer etapa da realização de estudo. Durante a coleta deste estudo, cinco participantes (que não estavam em acompanhamento psicológico) foram encaminhados para o serviço de psicologia da respectiva instituição de saúde.

3.4 Análise dos dados

Primeiramente, os dados do teste foram analisados de forma individual, seguindo as recomendações técnicas específicas e os critérios de correção do manual elaborado por Villemor-Amaral (2012), que oferece as orientações de como registrar a aplicação na folha de registro e como analisar seus conteúdos. O registro do processo de execução e modo de colocação foi realizado durante a própria aplicação, assim como os códigos de cada cor utilizada nos quadriculos das pirâmides. Após a aplicação, sem a presença do participante, foram conferidas as cores registradas com o trabalho executado e, posteriormente, analisado:

- Frequência de cores, com as porcentagens obtidas (dadas), a porcentagem esperada (de acordo com a tabela normativa) e se o valor dado está aumentado, diminuído ou na média. Para verificar se uma cor se encontra dentro dos limites esperados, foram-se utilizados como parâmetros os percentis 75 e 25, descritos na tabela 4 do manual (p. 160), conforme sugerido por Villemor-Amaral (2014, p.168);

- Síndromes, pela avaliação das quatro síndromes principais (Normal, Estímulo, Fria e Incolor), com as porcentagens obtidas (dadas), a porcentagem esperada (de acordo com a tabela normativa) e se o valor dado está aumentado, diminuído ou na média. Para verificar se uma síndrome se encontra dentro dos limites esperados, foram-se utilizados como parâmetros os percentis 75 e 25, descritos na tabela 5 do manual (p. 164), conforme sugerido por Villemor-Amaral (2014, p. 168);

- Aspecto formal das pirâmides, sendo classificados em três grandes grupos – tapetes, formações e estruturas – que se distinguem entre si conforme o nível de

elaboração da forma;

- Formula Cromática, que indica, basicamente, a amplitude de escolha do participante e sua constância ao longo da execução das três pirâmides. Compõe-se por quatro Algarismos, que se referem às cores usadas em três, dois, uma ou nenhuma das pirâmides, respectivamente;

- Cores por dupla, tomando como referência a frequência esperada de cada cor, verificando-se a concordância quanto à sua elevação ou diminuição. Somente foram consideradas as cores por dupla sugeridos no manual de Villemor-Amaral (2012, pp. 87-90).

Secundariamente, após as análises individuais, foi realizada a análise estatística com o total dos 30 participantes avaliados pelo teste. Os dados de cada participante foram reunidos em uma tabela do Excel, que continha as informações levantadas na entrevista (sexo, idade, estado civil, se tinha ou não filhos, escolaridade, profissão, religião, diagnóstico do familiar, se estava pelo programa de Cuidados Paliativos hospitalar ou domiciliar e se recebe ajuda nos cuidados com o familiar ou não) e a análise individual do PCP (frequência das cores, síndromes, aspecto formal, fórmula cromática e as cores por dupla).

Na análise estatística, foram descritos o grupo amostral, através das medidas reunidas pela entrevista (apontado acima) e avaliado os resultados dos percentuais da análise do PCP (também apontado acima). Foram apresentadas para as medidas dos percentuais de cores e síndromes as médias, desvios padrão e demais medidas descritivas e foi utilizado para a comparação entre os resultados das cores e síndromes entre os grupos das variáveis o *teste não-paramétrico de Wilcoxon*. Para as medidas atributo (tipo Sexo, Religião, Aspectos formais) foram apresentados os resultados através das frequências e percentuais. Considera-se o nível de significância de 0,05, o qual equivale a uma Confiança de 95%. Na análise do aspecto formal foi utilizado, para a comparação entre os resultados dos grupos das variáveis, o *Teste Exato de Fisher*.

3.5 Implicações Éticas

Em relação a implicações éticas, foi considerado que o risco para os sujeitos envolvidos no estudo foi o contato eventual com conteúdo de carga emocional com os quais os participantes pudessem ter dificuldade em lidar. A fim de evitar quaisquer danos

ou agravos provocados pela situação, a pesquisadora comprometeu-se antecipadamente a, caso necessário, interromper a entrevista para se fornecer suporte psicológico imediato e referenciar aqueles sujeitos que demonstrassem demanda de acompanhamento posterior para o Serviço de Psicologia de cada Instituição. Também foi garantido aos participantes que poderiam optar por não responder sobre qualquer assunto que não quisessem abordar. Ainda que tenham se emocionado durante as entrevistas, em nenhum dos casos, foi necessária a interrupção definitiva da coleta, mostrando-se suficiente uma postura acolhedora e o respeito ao tempo de cada participante. Adicionalmente, nenhum dos entrevistados se recusou a responder alguma pergunta ou realizar a atividade do teste e alguns chegaram a agradecer pela oportunidade do espaço que tiveram ao participar da pesquisa.

Antes de iniciar a entrevista, os participantes foram informados acerca dos objetivos do estudo e tiveram oportunidade de ler o TCLE (Anexo A) – ou tê-lo lido em voz alta pela pesquisadora nos casos em que fossem incapazes de o fazer – podendo retirar dúvidas que viessem a ter. Na mesma ocasião, foram informados acerca da possibilidade de optar por não participar ou por sair da amostra a qualquer tempo, sem prejuízo algum.

Todos os que optaram por participar da pesquisa terão o sigilo e o anonimato garantidos. O projeto foi estabelecido de acordo com as normas que regem a pesquisa com seres humanos no Brasil e passou por apreciação de Comitê de Ética com submissão via Plataforma Brasil e aprovação atestada pelo número CAAE 75929317.4.1001.5561. Apenas após a aprovação do projeto e da aprovação pelo Comitê de Ética de cada instituição, foram realizadas as coletas de dados.

4 Resultados

Os resultados desta pesquisa foram separados em dois grupos: primeiramente há a apresentação dos dados demográficos dos participantes coletados nas entrevistas e, posteriormente, dos dados de correção do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister. Para a demonstração dos dados do PCP, os mesmos foram agrupados em três categorias.

Primeiramente foi realizada a análise das Cores, Síndromes, do Aspecto Formal e da Fórmula Cromática do grupo total de participantes, ou seja, foi realizada uma descritiva do grupo geral, apresentando os índices compatíveis com a média do público alvo desta pesquisa. Em seguida, foram realizadas comparações entre os percentuais das Cores, Síndromes, do Aspecto Formal e da Fórmula Cromática com características demográficas coletadas na entrevista. Optou-se por realizar essas comparações com o objetivo de verificar se as características demográficas coletadas poderiam influenciar nos resultados do PCP. Assim caso identificado esta influência, seria possível refletir sobre estratégias e ações preventivas com os familiares cuidadores de pacientes em Cuidados Paliativos.

Por fim, foram realizadas correlações entre a frequência das cores e a frequência do aspecto formal. Esta análise foi realizada no estudo de Lampert e Scortegagna (2018), com os cuidados formais e, tal correlação, apresentou achados interessantes quanto à mobilização dos recursos emocionais dos cuidadores em relação aos recursos cognitivos e, por isso, foi uma indicação de análise desses autores.

4.1 Descritiva dos resultados demográficos

Na Tabela 3 e Figura 4 há a distribuição dos participantes em dados demográficos. Pelo número ser reduzido (total de 30 familiares), os dados coletados foram agrupados em categorias mais amplas. A distribuição dos participantes foi quanto ao Sexo (feminino ou masculino), Idade, Estado Civil (casado ou solteiro), se tem filhos (sim ou não), Escolaridade (superior completo ou incompleto), Profissão (desempregado, estudante, área de exatas, humanas ou da saúde), Religião (ateu, católico ou espírito), Diagnóstico do familiar (selecionado apenas os diagnósticos de base, no caso Alzheimer e Câncer), C.P. (se os Cuidados Paliativos são hospitalar ou domiciliar) e se Recebe ajuda de terceiros nos cuidados (Sim ou Não).

Tabela 3**Caracterização dos familiares de pacientes em Cuidados Paliativos participantes desta pesquisa.**

Característica	Grupo	Resultado
Sexo	Feminino	23 (76.7%)
	Masculino	7 (23.3%)
Estado Civil	Casado	18 (60.0%)
	Solteiro	12 (40.0%)
Tem filhos?	Não	14 (46.7%)
	Sim	16 (53.3%)
Escolaridade	Superior completo	22 (73.3%)
	Superior incompleto	8 (26.7%)
Profissão	Desempregado	7 (23.3%)
	Estudante	2 (6.7%)
	Exatas	4 (13.3%)
	Humanas	10 (33.3%)
	Saúde	7 (23.3%)
Religião	Ateu	3 (10.0%)
	Católica	19 (63.3%)
	Espirita	8 (26.7%)
Diagnóstico	ALZ	6 (20.0%)
	Câncer	24 (80.0%)
C.P.	Domiciliar	15 (50.0%)
	Hospitalar	15 (50.0%)
Recebe ajuda	Não	13 (43.3%)
	Sim	17 (56.7%)
Idade	média±DP	34.1 ± 7.6

Figura 4. Distribuição geral dos familiares de pacientes em Cuidados Paliativos participantes dessa pesquisa.

Fonte: elaboração própria da autora

Por eles é possível comentar que, em relação ao sexo, a grande maioria (76.7%) é do sexo feminino; em relação à idade, a média dos participantes foi de 34,1 anos; 60.0% são casados; pouco mais da metade (53.3%) tem filhos; a grande maioria (73.3%) tem um nível educacional elevado (superior completo); em relação à profissão, a maior concentração (33.3%) foi na área de Humanas, seguido pela Saúde e Desempregados (cada uma com 23.3%); a maioria (63.3%) segue a religião católica; a grande maioria dos pacientes tem como diagnóstico base o Câncer (80.0%); metade dos participantes recebe atendimento Domiciliar e metade Hospitalar; e pouco mais da metade (56.7%) recebe ajuda de terceiros nos cuidados.

4.2 Análise das Cores, Síndromes, Aspecto Formal e Fórmula Cromática do grupo geral de participantes

Nos dados abaixo, foi realizada uma avaliação e descrição do grupo geral, apresentado a média de todos os participantes. Estes resultados foram tabelados e comparados com o grupo de não pacientes do manual de Villemor-Amaral (2012).

Primeiramente, na Tabela 4, são apresentados os resultados em relação às cores e as síndromes e, posteriormente, o aspecto formal e a fórmula cromática. Após a apresentação dos dados, foi realizada uma análise qualitativa quanto aos significados de cada componente analisado, a partir do manual de Villemor-Amaral (2012). Para verificar se uma cor ou síndrome se encontra dentro dos limites esperados para os não pacientes, foram-se utilizados como parâmetros os percentis 75 e 25, descritos na tabela 4 e 5 do manual (p. 160 e p. 164), conforme sugerido por Villemor-Amaral (2014). Em relação às cores e as síndromes, na Tabela 4 e Figura 5 são apresentadas as medidas para esses resultados.

Tabela 4
Medidas resumo para as Cores e Síndromes dos participantes em porcentagem – grupo geral

Característica	Grupo	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo
Cores	Azul	27.6	11.6	8.9	20.0	26.7	35.6	51.1
	Vermelho	14.0	8.4	0.0	8.9	13.3	19.4	37.8
	Verde	15.4	11.9	0.0	6.7	13.3	19.4	46.7
	Violeta	16.0	12.0	0.0	8.9	13.3	24.4	46.7
	Laranja	6.7	6.0	0.0	2.2	5.6	8.9	22.2
	Amarelo	6.2	6.2	0.0	2.2	4.4	8.3	22.2
	Marrom	2.3	4.6	0.0	0.0	0.0	2.2	15.6
	Preto	4.7	8.1	0.0	0.0	0.0	4.4	26.7
	Branco	5.1	6.0	0.0	0.0	3.3	6.7	22.2
	Cinza	1.9	3.0	0.0	0.0	0.0	2.2	11.1
Síndromes	Normal	57.0	14.6	20.0	51.1	55.6	62.2	93.3
	Estímulo	26.9	13.2	0.0	20.0	26.7	33.3	53.3
	Fria	59.0	16.3	33.3	48.9	56.7	66.1	95.6
	Incolor	11.8	10.1	0.0	2.8	10.0	18.9	33.3

Figura 5. Médias dos Percentuais das cores e síndromes – grupo geral

Fonte: elaboração própria da autora

Por eles é possível perceber que, em relação às cores, a maior prevalência é do Azul, com 27.6% em média. No geral, esta cor está relacionada com a capacidade de controle e adaptação e, sua presença nos níveis esperados, indicaria possibilidade de regular ou estabilizar aspectos mais impulsivos ou excitados. Neste caso, dos índices compatíveis com a média, observa-se que esta cor está acima da média e esta elevação assinalaria uma possível constrição ou supressão da expressão de sentimentos e afetos,

resultando em uma atitude de supercontrole e compulsividade. O aumento dessa cor também poderia estar relacionado a sentimentos de inferioridade, de incapacidade, insatisfações e ambivalências.

Em seguida observa-se a elevação da cor Violeta, com 16% em média. Sua significação é tradicionalmente ligada à tensão e ansiedade, em especial, segundo Villemor-Amaral (1978), em função de sua composição, mescla de azul e vermelho, cores antagônicas quanto ao significado. Dos participantes que utilizaram essa cor nas pirâmides (total de 90%), as tonalidades estão igualmente utilizadas. Os significados diferem um pouco conforme a tonalidade, estando o Vi1 mais vinculado à ansiedade difusa, derivada do medo do desamparo e de sentir-se indefeso. O Vi2 se associa mais à ansiedade excitada, o que, no geral, indicaria insatisfação, medo e imprevisibilidade de atitudes. O Vi3 já indica possibilidades melhores de contenção e elaboração da ansiedade (em função da predominância do azul nessa tonalidade), mas também o seu aumento estaria constatado nos quadros de obsessivos compulsivos.

O Verde aparece na média (15.4%), assim como o Vermelho (14.0%), Laranja (6.7%), Marrom (2.3%), Preto (4.7%), Branco (5.1%) e Cinza (1.9%). O Verde é considerado a cor que mais se relaciona à esfera do contato e dos relacionamentos afetivos e sociais. Foi chamada a cor da empatia, significando com isso aptidão para compreender uma situação de forma intelectual e emocional simultaneamente e também compreender o outro. Essa aptidão atribuída à presença do verde em proporções médias não significa necessariamente que a pessoa esteja em condições de atualizá-la, sendo necessários outros fatores do teste que indicam maturidade e equilíbrio. Porém, de modo geral, o verde tem uma conotação positiva, significando capacidade de elaboração e habilidades relacionais, desde que apresente valores médios distribuídos predominantemente pelos tons Vd2 e Vd3, como é o caso (dos 93.3% dos participantes que utilizaram o Verde nas pirâmides, ambos os tons foram os mais utilizados).

Vermelho é representante de estados mais excitados e está ligado à extroversão, à irritabilidade, à impulsividade e à agressividade, principalmente se aumentado em função da tonalidade Vm2 (que, dos 90% dos participantes que utilizaram esta cor, essa tonalidade foi a mais selecionada). Esses significados serão tanto mais verdadeiros quanto mais essa cor estiver aumentada e esse aumento for acompanhado da diminuição de indicadores de controle emocional (não é o caso, tem uma elevação de indicadores de controle), formas mais evoluídas (não é o caso, a forma de construção mais utilizada foi a Camada Multicromática) ou fórmulas cromáticas que indiquem certa capacidade de

contenção (também não é o caso, a fórmula mais utilizada foi a Moderada e Instável). Laranja é uma cor intermediária entre o vermelho e o amarelo e é interpretado como cor que representa a “ambição, anseios de produção e desejo de fazer-se valer pela produtividade” (Villemor-Amaral, 1978, p. 90).

O Marrom representa energia, ação, dinamismo, reação que tanto pode conduzir à destruição quanto à produtividade, dependendo do modo como for canalizado. Mas sua presença dentro do esperado pode revelar aspetos positivos ligados à perseverança, tenacidade e à determinação, que conduzem à produtividade e, também, pode indicar possibilidade de adaptação. O Preto, dentro dos valores esperados, significa uma função estabilizadora e reguladora que visa à adaptação. Atribui-se ao Branco o sentimento de vazio interior e de fragilidade estrutural e o Cinza teria significado abrangente de carência afetiva e sentimento de vazio, como também de ansiedade, insegurança e repressão dos afetos.

A única cor que se apresenta abaixo da média da população é o Amarelo (6.2%), que se trata de uma cor estimulante, assim como o Vermelho e a Laranja, porém não tanto quanto estas e, assim, a extroversão correspondente seria mais moderada que nas cores anteriores. Sua diminuição indicaria, a princípio, uma dificuldade em canalizar e expressar suas emoções de maneira adequada.

Em relação às Síndromes, é possível comentar que a Síndrome Normal (57%) está na média em relação à população de não pacientes e seu significado liga-se à capacidade de manter uma conduta normal e adaptada, decorrente de certa estabilidade e equilíbrio emocional. No caso dos índices compatíveis com a média, as distribuições das cores dessa síndrome são harmônicas, prevalecendo o significado da síndrome; a Síndrome Estímulo (26.9%) encontra-se rebaixada, porém em função do pouco uso do Amarelo; a Síndrome Fria (59%) encontra-se elevada, em função da elevação das cores Azul e Violeta; por fim a Síndrome Incolor (11.8%) está na média e sua função primordial seria negar, atenuar ou reprimir estímulos.

Secundariamente, em relação aos Aspectos Formais e a Fórmula Cromática, a Figura 6 apresenta as frequências e percentuais para os Aspectos Formais e da Fórmula Cromática dos participantes desta pesquisa.

Figura 6. Percentuais para os aspectos formais – grupo geral

Fonte: elaboração própria da autora

Nota-se que, nas três pirâmides, o Aspecto Formal mais prevalente foi a Formação em Camada Multicromática (33.3% na pirâmide 1, 43.3% na pirâmide 2 e 26.3% na pirâmide 3), mais prevalente nas pirâmides 1 e 2. Já na 3, a Formação Simétrica mostra-se também com alta prevalência (23.3%). Na Tabela 5 e Figura 7, observa-se as frequências e percentuais dos Aspectos Formais de forma agrupada nos três grandes grupos (Formações, Estruturas e Tapetes), que se distinguem entre si conforme o nível de elaboração da forma.

Tabela 5**Frequências e percentuais para os aspectos formais agrupado – grupo geral**

Característica	Grupo	Resultado
Pirâmide I	Tapetes	8 (26.7%)
	Formações	20 (66.7%)
	Estruturas	2 (6.7%)
Pirâmide II	Tapetes	7 (23.3%)
	Formações	19 (63.3%)
	Estruturas	4 (13.3%)
Pirâmide III	Tapetes	10 (33.3%)
	Formações	16 (53.3%)
	Estruturas	4 (13.3%)

Figura 7. Percentuais para os Aspectos Formais e Fórmula Cromática agrupados – grupo geral

Fonte: elaboração própria da autora

As formações são organizações intermediárias nas quais se observa a disposição das cores em camadas. Elas correspondem a um funcionamento cognitivo e emocional em um nível igualmente intermediário e, no caso das Formações em Camadas Multicromáticas, estas representam um nível não satisfatoriamente amadurecido no trato com as emoções e manejos defensivos, indicando certa imaturidade, personalidade não satisfatoriamente estabilizada, lábil e vulnerável. No caso das Formações Simétricas (segunda mais utilizada pelos familiares nesta pesquisa), estas sugerem certa insegurança, instabilidade interna e busca de equilíbrio mediante comportamento cauteloso e prudente.

Em relação à Fórmula Cromática, esta indicaria a amplitude de escolhas dos participantes, diante das possibilidades oferecidas pelo material do teste, e sua constância ao longo da execução das três pirâmides. A mais prevalente entre os familiares de pacientes em Cuidados Paliativos foi a Moderada e Instável (33.3%) seguida de perto por Ampla e Instável (30%). A fórmula Moderada e Instável representa quando há uma predominância do algarismo de variabilidade, ou seja, quando é maior a quantidade de cores utilizada em apenas em uma pirâmide, e este indica uma tendência à instabilidade, embora menos acentuada do que nos casos em que o algarismo de ausência (cores não usadas no teste) estaria mais reduzido. A fórmula Ampla e Instável também representa instabilidade, porém com certo esforço de adaptação.

4.3 Análise das Cores em relação as características demográficas dos participantes

Nos dados abaixo, foi realizada uma comparação entre os percentuais das cores com os grupos das características demográficas coletadas na entrevista. As características selecionadas para as comparações são as mesmas descritas anteriormente (4.1 Descritiva dos resultados demográficos): Sexo, Profissão, Religião, Diagnóstico, C.P. e Recebe ajuda. As análises foram realizadas separadamente para cada cor e para verificar se houve ou não diferença significativa entre os grupos de cada característica, foi utilizado o *teste não-paramétrico de Wilcoxon* e o resultado do p-value¹.

4.3.1 Azul

Na Tabela 6 e Figura 8, são apresentadas as médias, desvios padrão, mediana e demais medidas resumo para o percentual da cor azul.

¹ O nível descritivo de um teste (também conhecido como p-value ou p-valor) é a probabilidade de estar cometendo um erro ao rejeitar a hipótese sendo que esta é verdadeira. Na maioria dos testes a hipótese testada é a hipótese de igualdade, no caso acima, a hipótese é que as médias dos grupos sejam todas iguais (Bussab & Morettin, 1987).

Tabela 6
Medidas resumo por características em porcentagem– Cor Azul

Característica	Grupo	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	p-value
Sexo	Feminino	26.1	11.0	8.9	17.8	26.7	35.6	44.4	0.3021
	Masculino	32.7	13.1	17.8	22.2	28.9	48.9	51.1	
Profissão	Desempregado	28.3	11.5	8.9	20.0	28.9	37.8	42.2	0.8321
	Estudante	27.8	1.6	26.7	26.7	27.8	28.9	28.9	
	Exatas	30.0	14.3	20.0	20.6	24.4	45.0	51.1	
	Humanas	29.6	12.4	8.9	19.4	28.9	39.4	48.9	
	Saúde	22.9	12.1	11.1	11.1	17.8	33.3	42.2	
Religião	Ateu	23.0	3.4	20.0	20.0	22.2	26.7	26.7	0.4508
	Católica	29.1	12.7	8.9	17.8	28.9	37.8	51.1	
	Espírita	25.8	10.9	15.6	18.3	22.2	31.7	48.9	
Diagnóstico	ALZ	23.7	8.5	8.9	17.2	25.6	30.0	33.3	0.4058
	Câncer	28.6	12.2	8.9	18.3	27.8	37.8	51.1	
C.P.	Domiciliar	25.6	12.5	8.9	11.1	26.7	35.6	51.1	0.3942
	Hospitalar	29.6	10.7	15.6	20.0	28.9	37.8	48.9	
Recebe ajuda	Não	28.7	12.7	8.9	18.9	28.9	40.0	48.9	0.6296
	Sim	26.8	11.0	8.9	18.9	26.7	34.4	51.1	

Figura 8. Médias $\pm$ 1 Desvio padrão para os percentuais de cor Azul

Fonte: elaboração própria da autora

Por eles é possível comentar que, em relação ao sexo, a média é um pouco superior no Masculino, mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0.3021); em relação a profissão, há pouca diferença entre as médias dos grupos, sendo,

portanto, uma diferença não significativa (p-value = 0.8321); o mesmo ocorre quando a religião, em que a Católica tem uma média um pouco superior, mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0.4508); o grupo Câncer tem uma média um pouco superior, mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0.4058); pelo tipo de Cuidados Paliativos, o grupo Hospitalar apresenta uma média um pouco superior, mas a diferença não foi significativa (p-value = 0.3942); e, por fim, se recebe ajuda de terceiros ou não, há pouca diferença entre os grupos, com o que recebe ajuda com uma média um pouco menor, mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0.6296).

4.3.2 Vermelho

Na Tabela 7 e Figura 9, são apresentadas as médias, desvios padrão e demais medidas resumo para o percentual da cor vermelha.

Tabela 7
Medidas resumo por características em porcentagem– Cor Vermelho

Característica	Grupo	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	p-value
Sexo	Feminino	15.6	8.2	0.0	8.9	13.3	20.0	37.8	0.0709
	Masculino	8.9	7.6	0.0	0.0	8.9	11.1	22.2	
Profissão	Desempregado	9.5	8.0	0.0	0.0	8.9	15.6	22.2	0.6453
	Estudante	14.4	1.6	13.3	13.3	14.4	15.6	15.6	
	Exatas	12.8	3.8	8.9	9.4	12.2	16.7	17.8	
	Humanas	14.7	7.6	0.0	8.9	15.6	20.6	24.4	
	Saúde	18.1	11.9	6.7	8.9	13.3	28.9	37.8	
Religião	Ateu	14.1	3.4	11.1	11.1	13.3	17.8	17.8	0.8691
	Católica	13.2	7.5	0.0	8.9	13.3	20.0	28.9	
	Espírita	15.8	11.8	0.0	8.9	12.2	23.9	37.8	
Diagnóstico	ALZ	16.3	6.2	8.9	10.6	15.6	22.8	24.4	0.2954
	Câncer	13.4	8.9	0.0	8.9	12.2	19.4	37.8	
C.P.	Domiciliar	13.5	6.8	0.0	8.9	13.3	17.8	28.9	0.8835
	Hospitalar	14.5	10.0	0.0	8.9	13.3	22.2	37.8	
Recebe ajuda	Não	13.8	9.3	0.0	8.9	13.3	17.8	37.8	0.6123
	Sim	14.1	8.0	0.0	8.9	13.3	21.1	28.9	

Figura 9. Médias $\pm$ 1 Desvio padrão para os percentuais de cor Vermelho

Fonte: elaboração própria da autora

Por eles é possível comentar que, em relação ao sexo, há uma média superior no Feminino. A diferença entre os grupos, entretanto, não foi significativa, mas apresentou tendência a sê-lo ($p\text{-value} = 0.0709$); em relação à profissão, há certa diferença entre as médias dos grupos, sendo os familiares que atuam na área da Saúde um pouco maior, mas a diferença não foi significativa ($p\text{-value} = 0.6453$); em religião, a Católica tem uma média um pouco menor, mas a diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 0.8691$); o grupo Câncer tem uma média um pouco menor, mas a diferença não foi significativa ($p\text{-value} = 0.2954$); pelo tipo de Cuidados Paliativos, o grupo Hospitalar com uma média um pouco superior, mas a diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 0.8835$); e, por fim, se recebe ajuda de terceiros ou não, há pouca diferença entre os grupos, com o que recebe ajuda com uma média um pouco maior, mas a diferença também não foi significativa ($p\text{-value} = 0.6123$).

4.3.3 Verde

Na Tabela 8 e Figura 10, são apresentadas as médias, desvios padrão e demais medidas resumo para o percentual da cor verde.

Tabela 8
Medidas resumo por características em porcentagem– Cor Verde

Característica	Grupo	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	p-value
Sexo	Feminino	13.0	2.3	0.0	4.4	13.3	15.6	46.7	0.0405*
	Masculino	23.2	4.2	8.9	13.3	20.0	33.3	44.4	
Profissão	Desempregado	26.0	4.0	6.7	15.6	26.7	33.3	46.7	0.0318*
	Estudante	14.4	7.4	13.3	13.3	14.4	15.6	15.6	
	Exatas	15.0	5.2	13.3	13.3	13.3	18.3	20.0	
	Humanas	14.4	3.3	0.0	5.6	11.1	20.0	44.4	
	Saúde	6.7	4.0	0.0	4.4	4.4	13.3	15.6	
Religião	Ateu	15.6	7.1	13.3	13.3	13.3	20.0	20.0	0.9065
	Católica	15.0	2.8	0.0	6.7	13.3	24.4	46.7	
	Espírita	16.4	4.3	4.4	4.4	14.4	24.4	44.4	
Diagnóstico	ALZ	17.0	4.9	4.4	11.1	16.7	25.0	26.7	0.3475
	Câncer	15.0	2.5	0.0	5.0	13.3	18.9	46.7	
C.P.	Domiciliar	13.5	3.1	0.0	6.7	13.3	15.6	46.7	0.3475
	Hospitalar	17.3	3.1	2.2	4.4	15.6	26.7	44.4	
Recebe ajuda	Não	14.9	3.3	0.0	3.3	13.3	25.6	44.4	0.5839
	Sim	15.8	2.9	4.4	7.8	13.3	18.9	46.7	

Nota. * Significância de 95%

Figura 10. Médias $\pm$ 1 Desvio padrão para os percentuais de cor Verde

Fonte: elaboração própria da autora

É possível comentar que, em relação ao sexo, a média superior é no Masculino, com a diferença entre os grupos sendo significativa (p-value = 0.0405); em relação à

profissão, nota-se certa diferença entre as médias dos grupos, sendo os familiares desempregados com média maior que os demais, com a diferença entre os grupos significativa (p-value = 0.0318); em religião, há pouca diferença entre os grupos, com a Espírita com uma média um pouco maior, mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0.9065); pelo diagnóstico, o grupo Câncer tem uma média um pouco menor, mas a diferença não foi significativa (p-value = 0.3475); pelo tipo de Cuidados Paliativos, o Hospitalar apresenta uma média um pouco superior, mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0.3475); e, por fim, se recebe ajuda de terceiros ou não, há pouca diferença entre os grupos, com o que recebe ajuda com uma média um pouco maior, mas diferença não foi significativa (p-value = 0.5839).

4.3.4 Violeta

Na Tabela 9 e Figura 11, são apresentadas as médias, desvios padrão e demais medidas resumo para o percentual da cor violeta.

Tabela 9
Medidas resumo por características em porcentagem– Cor Violeta

Característica	Grupo	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	p-value
Sexo	Feminino	18.4	12.0	0.0	11.1	13.3	26.7	46.7	0.0365*
	Masculino	8.3	8.2	0.0	0.0	8.9	17.8	20.0	
Profissão	Desempregado	13.3	9.6	2.2	6.7	11.1	20.0	31.1	0.0965
	Estudante	22.2	6.3	17.8	17.8	22.2	26.7	26.7	
	Exatas	6.1	6.1	0.0	0.6	5.6	12.2	13.3	
	Humanas	14.0	11.6	0.0	1.7	13.3	25.0	33.3	
	Saúde	25.4	13.2	11.1	11.1	24.4	37.8	46.7	
Religião	Ateu	7.4	6.8	0.0	0.0	8.9	13.3	13.3	0.3195
	Católica	17.9	12.5	0.0	8.9	17.8	26.7	46.7	
	Espírita	14.7	11.4	0.0	4.5	11.1	26.1	31.1	
Diagnóstico	ALZ	8.5	7.1	0.0	1.7	8.9	13.3	20.0	0.0647
	Câncer	17.9	12.3	0.0	9.4	15.6	26.7	46.7	
C.P.	Domiciliar	16.1	13.3	0.0	6.7	13.3	26.7	46.7	0.8514
	Hospitalar	15.9	10.9	0.0	8.9	13.3	24.4	37.8	
Recebe ajuda	Não	20.0	13.8	0.0	10.0	17.8	28.9	46.7	0.1473
	Sim	12.9	9.7	0.0	4.5	11.1	20.0	33.3	

Nota. * Significância de 95%

Figura 11. Médias $\pm$ 1 Desvio padrão para os percentuais de cor Violeta

Fonte: elaboração própria da autora

É possível supor que houve diferença significativa em relação ao sexo, nota-se média superior no Feminino ($p\text{-value} = 0.0365$); em relação à profissão, há certa diferença entre as médias dos grupos, sendo os familiares que atuam na área da Exatas com média menor que os demais, mas a diferença não foi significativa ($p\text{-value} = 0.0965$); em religião, há certa diferença entre os grupos, com o grupo de familiares Ateus com uma média menor, mas a diferença não foi significativa ($p\text{-value} = 0.3195$); o grupo Câncer tem uma média maior, entretanto a diferença entre os grupos não foi significativa, mas indicou uma tendência de diferença ($p\text{-value} = 0.0647$); pelo tipo de Cuidados Paliativos, houve pouca diferença entre os grupos, sendo ela não significativa ($p\text{-value} = 0.8514$); e, por fim, se recebe ajuda de terceiros ou não, há certa diferença entre os grupos, com o que recebe ajuda com uma média menor, mas a diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 0.1473$).

4.3.5 Laranja

Na Tabela 10 e Figura 12, são apresentadas as médias, desvios padrão e demais medidas resumo para o percentual da cor laranja.

Tabela 10
Medidas resumo por características em porcentagem – Cor Laranja

Característica	Grupo	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	p-value
Sexo	Feminino	7.2	6.1	0.0	2.2	6.7	11.1	22.2	0.3981
	Masculino	5.1	5.6	0.0	0.0	4.4	8.9	15.6	
Profissão	Desempregado	5.1	4.6	0.0	0.0	4.4	8.9	11.1	0.7254
	Estudante	13.3	9.4	6.7	6.7	13.3	20.0	20.0	
	Exatas	7.8	6.9	0.0	1.1	7.8	14.4	15.6	
	Humanas	6.9	6.8	0.0	1.7	4.4	10.0	22.2	
	Saúde	5.4	4.6	0.0	0.0	6.7	8.9	11.1	
Religião	Ateu	5.2	5.6	0.0	0.0	4.4	11.1	11.1	0.8796
	Católica	6.4	5.7	0.0	2.2	4.4	8.9	20.0	
	Espírita	7.8	7.1	0.0	1.1	7.8	10.6	22.2	
Diagnóstico	ALZ	8.1	8.2	0.0	0.0	8.9	12.2	22.2	0.7327
	Câncer	6.3	5.4	0.0	2.2	4.4	10.6	20.0	
C.P.	Domiciliar	7.0	6.0	0.0	2.2	4.4	11.1	20.0	0.6896
	Hospitalar	6.4	6.0	0.0	0.0	6.7	8.9	22.2	
Recebe ajuda	Não	7.2	5.6	0.0	3.3	6.7	10.0	20.0	0.5669
	Sim	6.3	6.3	0.0	0.0	4.4	10.0	22.2	

Figura 12. Médias $\pm$ 1 Desvio padrão para os percentuais de cor Laranja

Fonte: elaboração própria da autora

Observa-se que, em relação ao sexo, há pouca diferença, com uma média um pouco superior no Feminino, mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-

value = 0.3981); em relação à profissão, há certa diferença entre as médias dos grupos, sendo os familiares estudantes com média maior que os demais, mas a diferença não foi significativa (p-value = 0.7254); em religião há pouca diferença entre os grupos, com ela não sendo significativa (p-value = 0.8796); pelo diagnóstico, o grupo Câncer tem uma média um pouco menor, mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0.7327); pelo tipo de Cuidados Paliativos, há pouca diferença entre os grupos, sendo ela não significativa (p-value = 0.6896); e, por fim, se recebe ajuda de terceiros ou não, há pouca diferença entre os grupos, com o que recebe ajuda com uma média menor, mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0.5669).

4.3.6 Amarelo

Na Tabela 11 e Figura 13, são apresentadas as médias, desvios padrão e demais medidas resumo para o percentual da cor amarelo.

Tabela 11
Medidas resumo por características em porcentagem– Cor Amarela

Característica	Grupo	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	p-value
Sexo	Feminino	7.1	6.7	0.0	0.0	6.7	11.1	22.2	0.1549
	Masculino	3.2	1.7	0.0	2.2	4.4	4.4	4.4	
Profissão	Desempregado	7.0	5.0	0.0	4.4	6.7	11.1	15.6	0.8686
	Estudante	6.7	9.4	0.0	0.0	6.7	13.3	13.3	
	Exatas	5.0	5.8	0.0	0.6	3.3	11.1	13.3	
	Humanas	4.2	2.9	0.0	1.7	4.4	6.7	8.9	
	Saúde	8.9	9.9	0.0	00	4.4	22.2	22.2	
Religião	Ateu	5.2	7.1	0.0	0.0	2.2	13.3	13.3	0.1399
	Católica	5.1	6.0	0.0	0.0	4.4	6.7	22.2	
	Espírita	9.2	6.0	4.4	4.4	7.8	11.1	22.2	
Diagnóstico	ALZ	8.1	9.0	0.0	0.0	5.6	17.2	22.2	0.6922
	Câncer	5.7	5.4	0.0	2.2	4.4	8.3	22.2	
C.P.	Domiciliar	6.2	6.6	0.0	0.0	4.4	11.1	22.2	0.8164
	Hospitalar	6.2	5.9	0.0	2.2	4.4	8.9	22.2	
Recebe ajuda	Não	7.2	6.6	0.0	2.2	6.7	11.1	22.2	0.3378
	Sim	5.5	5.9	0.0	1.1	4.4	8.9	22.2	

Figura 13. Médias $\pm$ 1 Desvio padrão para os percentuais de cor Amarela

Fonte: elaboração própria da autora

Em relação ao sexo, há pouca diferença, com uma média um pouco superior no Feminino, mas a diferença não foi significativa ($p\text{-value} = 0.1549$); em relação à profissão, há pouca diferença entre as médias dos grupos, sendo os familiares que atuam na área da Saúde com média maior que os demais, mas a diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 0.8686$); em religião há pouca diferença entre os grupos, com o Espírita com uma média maior, mas não foi significativa ($p\text{-value} = 0.1399$); pelo diagnóstico, o grupo com Câncer apresenta uma média um pouco menor, mas a diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 0.6922$); pelo tipo de Cuidados Paliativos, há pouca diferença entre os grupos, com as médias iguais, não tendo diferença significativa ($p\text{-value} = 0.8164$); e, por fim, se recebe ajuda de terceiros ou não, há pouca diferença entre os grupos, com o que recebe ajuda com uma média menor, mas a diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 0.3378$).

4.3.7 Marrom

Na Tabela 12 e Figura 14, são apresentadas as médias, desvios padrão e demais medidas resumo para o percentual da cor marrom.

Tabela 12
Medidas resumo por características em porcentagem– Cor Marrom

Característica	Grupo	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	p-value
Sexo	Feminino	1.7	4.2	0.0	0.0	0.0	2.2	15.6	0.1074
	Masculino	4.1	5.7	0.0	0.0	2.2	6.7	15.6	
Profissão	Desempregado	3.2	4.9	0.0	0.0	0.0	4.4	13.3	0.7690
	Estudante	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	Exatas	3.9	7.8	0.0	0.0	0.0	11.7	15.6	
	Humanas	2.7	5.0	0.0	0.0	0.0	3.3	15.6	
	Saúde	0.6	1.1	0.0	0.0	0.0	2.2	2.2	
Religião	Ateu	5.2	9.0	0.0	0.0	0.0	15.6	15.6	0.6616
	Católica	2.6	4.6	0.0	0.0	0.0	4.4	15.6	
	Espírita	0.6	1.0	0.0	0.0	0.0	1.7	2.2	
Diagnóstico	ALZ	4.4	6.1	0.0	0.0	2.2	8.9	15.6	0.2044
	Câncer	1.8	4.1	0.0	0.0	0.0	2.2	15.6	
C.P.	Domiciliar	3.4	6.0	0.0	0.0	0.0	4.4	15.6	0.7103
	Hospitalar	1.2	2.0	0.0	0.0	0.0	2.2	6.7	
Recebe ajuda	Não	1.5	3.8	0.0	0.0	0.0	1.1	13.3	0.3056
	Sim	2.9	5.1	0.0	0.0	0.0	3.3	15.6	

Figura 14. Médias $\pm$ 1 Desvio padrão para os percentuais de cor Marrom

Fonte: elaboração própria da autora

Em relação ao sexo, há pouca diferença no uso do marrom, com uma média um pouco inferior no Feminino, mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value

= 0.1074); em relação à profissão, há pouca diferença entre as médias dos grupos, sendo os familiares que atuam na área de Exatas com média maior, mas a diferença não foi significativa (p-value = 0.7690); em religião, há pouca diferença entre os grupos, com o grupo de Ateus com uma média maior, mas não foi significativa (p-value = 0.6616); pelo diagnóstico, o grupo Câncer tem uma média um pouco menor, mas diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0.2044); pelo tipo de Cuidados Paliativos, há pouca diferença entre os grupos, com o Hospitalar com média menor, mas não tendo diferença significativa (p-value = 0.7103); e, por fim, se recebe ajuda de terceiros ou não, há pouca diferença entre os grupos, com o que recebe ajuda com uma média maior, mas a diferença não foi significativa (p-value = 0.3056).

4.3.8 Preto

Na Tabela 13 e Figura 15, são apresentadas as médias, desvios padrão e demais medidas resumo para o percentual da cor preta.

Tabela 13
Medidas resumo por características em porcentagem– Cor Preto

Característica	Grupo	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	p-value
Sexo	Feminino	3.0	6.8	0.0	0.0	0.0	4.4	26.7	0.0265*
	Masculino	10.5	10.1	0.0	0.0	11.1	20.0	26.7	
Profissão	Desempregado	2.9	4.4	0.0	0.0	0.0	6.7	11.1	0.3106
	Estudante	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	Exatas	14.4	14.2	0.0	1.1	15.6	26.7	26.7	
	Humanas	4.0	6.7	0.0	0.0	0.0	6.1	20.0	
	Saúde	3.5	7.5	0.0	0.0	0.0	4.4	20.0	
Religião	Ateu	19.3	12.8	4.4	4.4	26.7	26.7	26.7	0.0176*
	Católica	2.6	5.5	0.0	0.0	0.0	2.2	20.0	
	Espírita	4.4	6.8	0.0	0.0	2.2	6.1	20.0	
Diagnóstico	ALZ	8.5	11.8	0.0	0.0	2.2	21.7	26.7	0.4116
	Câncer	3.8	7.0	0.0	0.0	0.0	4.4	26.7	
C.P.	Domiciliar	5.0	9.4	0.0	0.0	0.0	6.7	26.7	0.7249
	Hospitalar	4.4	7.0	0.0	0.0	0.0	4.4	20.0	
Recebe ajuda	Não	0.5	1.3	0.0	0.0	0.0	0.0	4.4	0.0075**
	Sim	8.0	9.7	0.0	0.0	4.4	15.6	26.7	

Nota. * Significância de 95 ** Significância de 99%

Figura 15. Médias $\pm$ 1 Desvio padrão para os percentuais de cor Preto

Fonte: elaboração própria da autora

Em relação ao sexo, há diferença entre os grupos, com uma média inferior no Feminino, sendo significativa ($p\text{-value} = 0.0265$); em relação à profissão, há pouca diferença entre as médias dos grupos, sendo os familiares que atuam na área de Exatas com média maior, mas a diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 0.3106$); em religião há diferença entre os grupos, com o Ateu com uma média maior, sendo ela significativa ($p\text{-value} = 0.0176$); o grupo Câncer tem uma média um pouco menor, mas diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 0.4116$); pelo tipo de Cuidados Paliativos, há pouca diferença entre os grupos, com o Hospitalar com média menor, mas não sendo uma diferença significativa ($p\text{-value} = 0.7249$); e, por fim, se recebe ajuda de terceiros ou não, há diferença entre os grupos, com o que recebe ajuda com uma média maior, sendo a diferença significativa ($p\text{-value} = 0.0075$).

4.3.9 Branco

Na Tabela 14 e Figura 16, são apresentadas as médias, desvios padrão e demais medidas resumo para o percentual da cor branco.

Tabela 14
Medidas resumo por características em porcentagem– Cor Branco

Característica	Grupo	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	p-value
Sexo	Feminino	5.8	6.6	0.0	0.0	4.4	8.9	22.2	0.4826
	Masculino	2.9	2.5	0.0	0.0	2.2	4.4	6.7	
Profissão	Desempregado	2.5	3.3	0.0	0.0	2.2	4.4	8.9	0.2622
	Estudante	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	
	Exatas	4.4	1.8	2.2	2.8	4.4	6.1	6.7	
	Humanas	6.7	6.6	0.0	1.7	5.6	10.6	20.0	
	Saúde	7.3	8.4	0.0	0.0	6.7	13.3	22.2	
Religião	Ateu	4.4	2.2	2.2	2.2	4.4	6.7	6.7	0.7751
	Católica	5.7	6.9	0.0	0.0	4.4	8.9	22.2	
	Espírita	3.9	4.9	0.0	0.0	2.2	7.8	13.3	
Diagnóstico	ALZ	3.0	3.0	0.0	0.0	2.2	6.7	6.7	0.5245
	Câncer	5.6	6.5	0.0	0.0	4.4	8.9	22.2	
C.P.	Domiciliar	6.5	7.1	0.0	2.2	4.4	6.7	22.2	0.2700
	Hospitalar	3.7	4.5	0.0	0.0	2.2	8.9	13.3	
Recebe ajuda	Não	4.4	5.3	0.0	0.0	2.2	7.8	15.6	0.6531
	Sim	5.6	6.6	0.0	0.0	4.4	7.8	22.2	

Figura 16. Médias $\pm$ 1 Desvio padrão para os percentuais de cor Branco

Fonte: elaboração própria da autora

Pela Tabela 14 e Figura 16 é possível comentar que, em relação ao sexo, há pouca diferença, com uma média maior no Feminino, mas a diferença entre os grupos não

foi significativa (p-value = 0.4826); em relação à profissão, há pouca diferença entre as médias dos grupos, sendo os familiares que atuam na área da Saúde com média maior, mas a diferença não foi significativa (p-value = 0.2622); em religião, há diferença entre os grupos, com a Católica com uma média maior, mas a diferença não foi significativa (p-value = 0.7751); pelo diagnóstico, o grupo Câncer com uma média maior, mas diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0.5245); pelo tipo de Cuidados Paliativos, há pouca diferença entre os grupos, com o Hospitalar com média menor, mas não tendo diferença significativa (p-value = 0.2700); e, por fim, se recebe ajuda de terceiros ou não, há diferença entre os grupos, com o que recebe ajuda com uma média maior, porém a diferença não foi significativa (p-value = 0.6531).

4.3.10 Cinza

Na Tabela 15 e Figura 17, são apresentadas as médias, desvios padrão e demais medidas resumo para o percentual da cor cinza.

Tabela 15
Medidas resumo por características em porcentagem– Cor Cinza

Característica	Grupo	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	p-value
Sexo	Feminino	2.1	3.2	0.0	0.0	0.0	2.2	11.1	0.7847
	Masculino	1.3	1.7	0.0	0.0	0.0	2.2	4.4	
Profissão	Desempregado	2.2	2.6	0.0	0.0	2.2	4.4	6.7	0.7062
	Estudante	1.1	1.6	0.0	0.0	1.1	2.2	2.2	
	Exatas	0.6	1.1	0.0	0.0	0.0	1.7	2.2	
	Humanas	2.9	4.1	0.0	0.0	1.1	5.6	11.1	
	Saúde	1.3	2.5	0.0	0.0	0.0	2.2	6.7	
Religião	Ateu	0.7	1.3	0.0	0.0	0.0	2.2	2.2	0.6960
	Católica	2.3	3.4	0.0	0.0	0.0	4.4	11.1	
	Espírita	1.4	2.4	0.0	0.0	0.0	2.2	6.7	
Diagnóstico	ALZ	2.2	2.8	0.0	0.0	1.1	5.0	6.7	0.6440
	Câncer	1.9	3.1	0.0	0.0	0.0	2.2	11.1	
C.P.	Domiciliar	3.1	3.7	0.0	0.0	2.2	6.7	11.1	0.0831
	Hospitalar	0.7	1.1	0.0	0.0	0.0	2.2	2.2	
Recebe ajuda	Não	1.7	2.6	0.0	0.0	0.0	2.2	8.9	1.0000
	Sim	2.1	3.3	0.0	0.0	0.0	3.3	11.1	

Figura 17. Médias $\pm$ 1 Desvio padrão para os percentuais de cor Cinza

Fonte: elaboração própria da autora.

Por eles é possível comentar que, em relação ao sexo, há pouca diferença, com uma média maior no Feminino, mas a diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 0.7847$); em relação à profissão, há pouca diferença entre as médias dos grupos, sendo os familiares que atuam na área da Humanas com média maior, mas a diferença não foi significativa ($p\text{-value} = 0.7062$); em religião há diferença entre os grupos, com a Católica com uma média maior, mas a diferença não foi significativa ($p\text{-value} = 0.6960$); pelo diagnóstico, o grupo Câncer com uma média um pouco menor, mas diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 0.6440$); tipo de Cuidados Paliativos, há certa diferença entre os grupos, com o Hospitalar com média menor, mas não tendo diferença significativa ($p\text{-value} = 0.0831$); e, por fim, se recebe ajuda de terceiros ou não, há diferença entre os grupos, com o que recebe ajuda com uma média maior, mas não tendo diferença significativa ($p\text{-value} = 1.0000$).

4.3.11 Análise geral

O objetivo de verificar se as características demográficas poderiam influenciar nos resultados, é possível concluir que a maioria das relações estabelecidas entre os grupos apontam que as diferenças não foram significativas estatisticamente, exceto em algumas correlações nas cores Verde, Violeta e Preto. Na cor verde, houve uma diferença significativa na correlação entre esta cor e a variável sexo e a variável profissão.

Em relação ao sexo, nota-se uma média superior no Masculino ($p\text{-value} = 0.0405$), ou seja, os homens utilizaram mais a cor verde nas pirâmides do que as mulheres, porém a média utilizada pelo sexo masculino manteve-se dentro dos valores esperados em relação a população de não pacientes (23.2%), já as mulheres permaneceram levemente abaixo da média (13%). É possível supor que os homens apresentam mais aptidão para compreender uma situação de forma intelectual e emocional simultaneamente e também compreender o outro, possuindo empatia, habilidade relacionais e uma capacidade de elaboração.

Em relação à profissão, nota-se os familiares desempregados com uma média maior que os demais, apontando para uma diferença significativa estatisticamente ($p\text{-value} = 0.0318$). Comparando com a população de não paciente, os familiares desempregados apresentam uma média acima do esperado (26%) e esta cor elevada indica sobrecarga de estimulação, que pode gerar ansiedade e provocar ruptura do equilíbrio interno, se não houver outros fatores reguladores (que, no caso dos familiares desempregados, está presente na elevação da cor azul e preto está dentro dos valores esperados). O que chama a atenção nesta análise, são os familiares que atuam na área da Saúde apresentam o uso da cor verde abaixo da média, em relação a população de não pacientes (6.7%). Sua diminuição pode indicar certa insensibilidade emocional, diminuindo a abertura para os relacionamentos e levando a um retraimento social.

Na cor violeta, observa-se que houve diferença significativa estatisticamente no uso desta cor e as variáveis sexo e diagnóstico do paciente. Em relação ao sexo, há uma média superior no Feminino (18.4%), indicando uma diferença significativa ($p\text{-value} = 0.0365$). Comparando com a população de não pacientes, o uso de violeta entre as mulheres está elevado e esta cor é tradicionalmente ligada à tensão e ansiedade. Das participantes mulheres que utilizam esta cor nas pirâmides (95.56%), as tonalidades mais utilizadas foram Vi1 e Vi3. O primeiro está mais vinculado à ansiedade difusa, derivada do medo do desamparo e de sentir-se indefeso, já o segundo indicaria possibilidades melhores de contenção e elaboração da ansiedade.

Em relação ao diagnóstico, observa-se uma média maior no grupo de pacientes com diagnóstico oncológico ($p\text{-value} = 0.0647$), indicando uma tendência a uma diferença significativa. Os familiares de pacientes em Cuidados Paliativos por câncer apresentam uma média de 17.9% de violeta que, em comparação com a população de não pacientes, está elevada. Analisando somente os familiares de pacientes oncológicos que utilizaram esta cor nas pirâmides (91.66%), os tons mais utilizados também foram Vi1 e o Vi3. Assim, é possível supor que os familiares de pacientes oncológicos apresentam níveis de ansiedade e tensão mais elevados que os familiares de pacientes com diagnóstico de Alzheimer.

No uso da cor preta, observa-se diferença significativa estatisticamente também em relação ao sexo, à religião e na variável se o familiar recebe ajuda ou não. Em relação ao sexo, nota-se uma média superior no Masculino (10.5%), indicando uma diferença significativa ($p\text{-value} = 0.0265$). Comparando com a população de não pacientes o uso do preto entre os homens está elevado e sua significação está relacionada às defesas contra os estímulos e ao medo do desencadeamento de impulsos que conduziriam à perda do equilíbrio. Na ausência de outros indicadores de contenção, poderia ter certo valor positivo (o que não é o caso, analisando a utilização do azul nos homens, 85.71% apresenta o mesmo elevado). Já entre as mulheres, o uso do preto está na média (3%), indicando uma função estabilizadora e reguladora que visa à adaptação.

Em relação à religião, o grupo de familiares que se considera ateu apresentou uma média maior (19.3%), sendo uma diferença estatisticamente significativa ($p\text{-value} = 0.0176$). Comparando com a população de não pacientes, o uso do preto entre os ateus é considerado uma elevação significativa, o que poderia indicar angústia e depressão, como consequência do emprego maciço da repressão. Tanto na religião católica, quando na espírita, as médias estão dentro dos valores esperados para a população de não pacientes.

Por fim, os familiares que recebem ajuda apresentaram uma média maior (8%) em relação aos que não recebem ajuda, indicando uma diferença significativa ($p\text{-value} = 0.0075$). Comparando com os não pacientes, o uso do preto entre os familiares que recebem ajuda está elevado, já os que não recebem ajuda, o uso do preto está na média.

No caso da cor vermelha, em relação ao sexo, nota-se uma média inferior no masculino (8.9%). A diferença não é considerada significativa, mas apresentou uma tendência de significância ($p\text{-value} = 0.0709$). Seu rebaixamento pode levar a hipótese de labilidade estrutural, enfraquecimento das possibilidades de descarga emocional, de

realização ou retraimento defensivo, como fuga do mundo exterior. O uso do vermelho entre as mulheres está dentro dos valores esperados para a população de não pacientes.

4.4 Análise das Síndromes em relação às características demográficas dos participantes

Nos dados abaixo, foi realizada uma comparação entre os percentuais das Síndromes com os grupos das características demográficas coletadas na entrevista. As características selecionadas para as comparações são as mesmas descritas anteriormente. As análises foram realizadas separadamente para cada síndrome e, para verificar se houve ou não diferença significativa entre os grupos de cada característica, foi utilizado o *teste não-paramétrico de Wilcoxon* e o resultado do p-value.

4.4.1 Síndrome Normal

Na Tabela 16 e Figura 18, são apresentadas as médias, desvios padrão e demais medidas resumo para o percentual para a Síndrome Normal.

Tabela 16
Medidas resumo por características em porcentagem – Síndrome Normal

Característica	Grupo	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	p-value
Sexo	Feminino	54.7	14.1	20.0	46.7	55.6	62.2	88.9	0.1162
	Masculino	64.8	14.4	53.3	53.3	62.2	73.3	93.3	
Profissão	Desempregado	63.8	13.6	51.1	55.6	57.8	75.6	88.9	0.4502
	Estudante	56.7	4.7	53.3	53.3	56.7	60.0	60.0	
	Exatas	57.8	10.4	51.1	51.7	53.3	68.3	73.3	
	Humanas	58.7	16.6	35.6	45.0	58.9	67.2	93.3	
	Saúde	47.6	14.6	20.0	42.2	46.7	60.0	62.2	
Religião	Ateu	52.6	1.3	51.1	51.1	53.3	53.3	53.3	0.4495
	Católica	57.3	15.2	20.0	53.3	57.8	64.5	88.9	
	Espírita	58.1	16.6	42.2	46.7	53.3	66.7	93.3	
Diagnóstico	ALZ	57.0	7.9	46.7	50.0	56.7	63.9	68.9	0.9586
	Câncer	57.0	16.0	20.0	47.8	55.6	63.9	93.3	
C.P.	Domiciliar	52.6	15.6	20.0	44.4	53.3	57.8	88.9	0.0263*
	Hospitalar	61.5	12.5	42.2	55.6	62.2	66.7	93.3	
Recebe ajuda	Não	57.4	17.3	20.0	50.0	57.8	64.4	93.3	0.6299
	Sim	56.7	12.7	35.6	48.9	53.3	63.3	88.9	

Nota. * Significância de 95

Figura 18. Médias $\pm$ 1 Desvio padrão para os percentuais de Síndrome Normal

Fonte: elaboração própria da autora

Observa-se que, em relação ao sexo, há uma média um pouco superior no Masculino, mas a diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 0.1162$); em relação à profissão, há pouca diferença entre as médias dos grupos, sendo os familiares desempregados com média maior, mas a diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 0.4502$); em religião, nota-se diferença entre os grupos, com o Ateu com uma média um pouco maior, mas a diferença não foi significativa ($p\text{-value} = 0.4495$); pelo diagnóstico há médias iguais entre os grupos, portanto não significativas ($p\text{-value} = 0.9586$); tipo de Cuidados Paliativos, o grupo Hospitalar tem uma média superior, sendo a diferença entre os grupos significativa ($p\text{-value} = 0.0263$); e, por fim, se recebe ajuda de terceiros ou não, há pouca diferença entre os grupos, com o que recebe ajuda com uma média um pouco menor, mas a diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 0.6299$).

4.4.2 Síndrome Estímulo

Na Tabela 17 e Figura 19, são apresentadas as médias, desvios padrão e demais medidas resumo para o percentual para a Síndrome Estímulo.

Tabela 17
Medidas resumo por características em porcentagem – Síndrome Estímulo

Característica	Grupo	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	p-value
Sexo	Feminino	29.9	12.5	4.4	20.0	31.1	37.8	53.3	0.0197**
	Masculino	17.1	11.1	0.0	4.4	17.8	26.7	28.9	
Profissão	Desempregado	21.6	16.0	0.0	4.4	22.2	33.3	46.7	0.3630
	Estudante	34.4	1.6	33.3	33.3	34.4	35.6	35.6	
	Exatas	25.6	9.7	17.8	17.8	23.3	35.6	37.8	
	Humanas	25.8	12.6	4.4	19.4	25.6	31.7	53.3	
	Saúde	32.4	14.6	6.7	22.2	33.4	42.2	51.1	
Religião	Ateu	24.4	11.5	17.8	17.8	17.8	37.8	37.8	0.3644
	Católica	24.8	12.2	0.0	20.0	24.5	33.3	46.7	
	Espírita	32.8	15.9	4.4	23.3	32.2	48.3	53.3	
Diagnóstico	ALZ	32.6	14.3	17.8	21.1	27.8	48.3	53.3	0.4516
	Câncer	25.5	12.9	0.0	18.3	26.7	33.3	51.1	
C.P.	Domiciliar	26.7	11.2	4.4	17.8	24.5	33.4	46.7	0.7872
	Hospitalar	27.1	15.4	0.0	20.0	26.7	35.6	53.3	
Recebe ajuda	Não	28.2	14.1	4.4	20.0	26.7	38.9	51.1	0.5716
	Sim	25.9	12.9	0.0	17.8	26.7	33.3	53.3	

Nota. ** Significância de 99%

Figura 19. Médias $\pm$ 1 Desvio padrão para os percentuais de Síndrome Estímulo

Fonte: elaboração própria da autora

Em relação ao sexo, há uma média superior no Feminino, com a diferença entre os grupos significativa ($p\text{-value} = 0.0197$); em relação à profissão, há certa diferença entre

as médias dos grupos, sendo os familiares estudantes com média um pouco maior, mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0.3630); pela religião, a Espírita apresenta uma média um pouco maior, mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0.3644); pelo diagnóstico, o grupo Câncer apresenta uma média um pouco menor, mas a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0.4516); pelo tipo de Cuidados Paliativos, o grupo Hospitalar tem uma média um pouco superior, mas a diferença não foi significativa (p-value = 0.7872); e, por fim, se recebe ajuda de terceiros ou não, há pouca diferença entre os grupos, com o que recebe ajuda com uma média um pouco maior, mas a diferença não foi significativa (p-value = 0.5716).

4.4.3 Síndrome Fria

Na Tabela 18 e Figura 20, são apresentadas as médias, desvios padrão e demais medidas resumo para o percentual da síndrome fria.

Tabela 18
Medidas resumo por características em porcentagem– Síndrome Fria

Característica	Grupo	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	p-value
Sexo	Feminino	57.5	15.9	33.3	46.7	55.6	64.5	95.6	0.3900
	Masculino	64.1	17.9	44.5	51.1	60.0	82.2	93.3	
Profissão	Desempregado	67.6	19.0	42.2	51.1	68.9	82.2	95.6	0.3591
	Estudante	64.5	3.1	62.2	62.2	64.5	66.7	66.7	
	Exatas	51.1	13.7	33.3	37.8	52.2	63.3	66.7	
	Humanas	58.0	13.8	44.5	48.3	57.8	60.0	93.3	
	Saúde	54.9	19.8	33.3	42.2	48.9	64.5	93.3	
Religião	Ateu	45.9	11.0	33.3	33.3	51.1	53.3	53.3	0.1575
	Católica	62.0	15.1	42.2	51.1	60.0	66.7	95.6	
	Espírita	56.9	19.6	33.3	45.0	50.0	73.3	93.3	
Diagnóstico	ALZ	49.3	11.5	33.3	40.0	47.8	61.1	64.5	0.0914
	Câncer	61.5	16.7	33.3	51.1	58.9	68.3	95.6	
C.P.	Domiciliar	55.3	14.6	33.3	44.5	53.3	64.5	95.6	0.1978
	Hospitalar	62.8	17.6	33.3	48.9	60.0	77.8	93.3	
Recebe ajuda	Não	63.6	17.3	33.3	55.6	60.0	73.3	93.3	0.1112
	Sim	55.6	15.2	33.3	45.6	51.1	62.2	95.6	

Figura 20. Médias $\pm$ 1 Desvio padrão para os percentuais de Síndrome Fria

Fonte: elaboração própria da autora

Em relação ao sexo, há uma média superior no Masculino, mas a diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 0.3900$); em relação à profissão, há certa diferença entre as médias dos grupos, sendo os familiares desempregados com média maior que os demais, mas a diferença não foi significativa ($p\text{-value} = 0.3591$); pela religião, há pouca diferença entre os grupos, com a Católica com uma média um pouco maior, mas a diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 0.1575$); pelo diagnóstico, o grupo Câncer tem uma média superior, mas a diferença não foi significativa ($p\text{-value} = 0.0914$); pelo tipo de Cuidados Paliativos, o grupo Hospitalar tem uma média superior, mas a diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 0.1978$); e, por fim, se recebe ajuda de terceiros ou não, há pouca diferença entre os grupos, com o que recebe ajuda com uma média menor, mas a diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 0.1112$).

4.4.4 Síndrome Incolor

Na Tabela 19 e Figura 21, são apresentadas as médias, desvios padrão e demais medidas resumo para o percentual da síndrome incolor.

Tabela 19
Medidas resumo por características em porcentagem– Síndrome Incolor

Característica	Grupo	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Q1	Mediana	Q3	Máximo	p-value
Sexo	Feminino	10.9	10.0	0.0	0.0	8.9	15.6	33.3	0.3365
	Masculino	14.6	10.4	2.2	4.4	13.3	22.2	31.1	
Profissão	Desempregado	7.6	6.1	0.0	0.0	6.7	13.3	15.6	0.2729
	Estudante	1.1	1.6	0.0	0.0	1.1	2.2	2.2	
	Exatas	19.4	14.9	4.4	5.6	20.0	32.8	33.3	
	Humanas	13.6	10.3	0.0	5.6	10.0	22.8	31.1	
	Saúde	12.1	8.9	0.0	0.0	13.3	20.0	22.2	
Religião	Ateu	24.5	13.5	8.9	8.9	31.1	33.3	33.3	0.1833
	Católica	10.6	9.4	0.0	2.2	8.9	20.0	31.1	
	Espírita	9.7	7.9	0.0	0.6	12.2	15.6	20.0	
Diagnóstico	ALZ	13.7	11.7	0.0	5.0	11.1	23.3	33.3	0.6390
	Câncer	11.3	9.8	0.0	2.2	10.0	18.9	31.1	
C.P.	Domiciliar	14.7	12.0	0.0	4.4	13.3	24.5	33.3	0.2187
	Hospitalar	8.9	6.9	0.0	2.2	8.9	13.3	20.0	
Recebe ajuda	Não	6.7	7.4	0.0	0.0	6.7	11.1	24.5	0.0147**
	Sim	15.7	10.3	0.0	8.9	13.3	22.2	33.3	

Nota. ** Significância de 99%

Figura 21. Médias $\pm$ 1 Desvio padrão para os percentuais de Síndrome Incolor

Fonte: elaboração própria da autora

Observa-se que, em relação ao sexo, há uma média inferior no Feminino, mas com a diferença entre os grupos não sendo significativa ($p\text{-value} = 0.3365$); em relação à

profissão, há certa diferença entre as médias dos grupos, com os familiares que atuam na área de Exatas com média maior que os demais, mas a diferença não foi significativa ($p\text{-value} = 0.2729$); pela religião, há certa diferença entre os grupos, com o Ateu com uma média maior, mas a diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 0.1833$); pelo diagnóstico, o grupo Câncer tem uma média um pouco maior, mas a diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 0.6390$); pelo tipo de Cuidados Paliativos, o grupo Hospitalar apresenta uma média menor, mas a diferença não foi significativa ($p\text{-value} = 0.2187$); e, por fim, se recebe ajuda de terceiros ou não, há certa diferença entre os grupos, com o que recebe ajuda com média maior, sendo a diferença entre os grupos significativa ($p\text{-value} = 0.0147$).

4.4.5 Análise geral

Desta forma, pelas relações estabelecidas entre as Síndromes e as características demográficas, é possível concluir que poucas apresentaram diferenças significativas, apenas na Síndrome Normal em relação ao tipo de Cuidados Paliativos ($p\text{-value} = 0.0263$); na Síndrome Estímulo em relação ao sexo ($p\text{-value} = 0.0197$); e a Síndrome Incolor com o familiar que recebe ajuda de terceiros ou não ($p\text{-value} = 0.0147$). Na síndrome normal, o grupo de pacientes em atendimento hospitalar apresentou uma média superior (61.5%) em relação aos familiares com atendimento domiciliar. Esta média encontra-se acima do esperado em relação a população de não pacientes, o que pode reforçar a capacidade de manter uma conduta normal e adaptada, decorrente de certa estabilidade e equilíbrio emocional.

Na síndrome estímulo, observa-se diferença significativa em relação ao sexo ($p\text{-value} = 0.0197$), com uma média inferior no Masculino (17.1%). Comparando com a população de não pacientes, os homens apresentam esta síndrome de forma rebaixada, podendo indicar uma dificuldade na capacidade de extroversão e de contato afetivo e social. Nas mulheres, os valores estão dentro do esperado para os não pacientes.

E, por fim, na síndrome incolor, na variável se recebe ajuda de terceiros ou não, há uma diferença significativa estatisticamente entre os grupos ($p\text{-value} = 0.0147$), com os familiares que não recebem ajuda com uma média inferior (6.7%). Este valor está rebaixando em comparação com os não pacientes, o que pode indicar falta de elementos estabilizadores. Para os familiares que recebem ajuda de terceiros, o valor está dentro da média esperada.

4.5 Análise do Aspecto Formal em relação às características demográficas dos participantes

Nos dados abaixo, foi realizada uma comparação entre os percentuais dos Aspectos Formais com os grupos das características demográficas coletadas na entrevista. As características selecionadas para as comparações são as mesmas descritas anteriormente. As comparações foram separadas para cada pirâmide e os aspectos formais foram agrupados em três grandes grupos (Tapetes, Formações e Estruturas). Para verificar se houve ou não diferença significativa entre os grupos de cada característica, foi utilizado o *Teste Exato de Fisher* e apresentado o resultado do p-value.

4.5.1 Pirâmide I

Na Tabela 20 e Figura 22, são apresentadas as frequências e percentuais para os Aspectos Formais da primeira pirâmide.

Tabela 20
Frequências e Percentuais por características – Aspectos Formais – Pirâmide I

Característica	Grupo	Pirâmide I			p-value
		Estruturas	Formações	Tapetes	
Sexo	Feminino	1 (4.3%)	14 (60.9%)	8 (34.8%)	0.1441
	Masculino	1 (14.3%)	6 (85.7%)	0 (0.0%)	
Profissão	Desempregado	0 (0.0%)	6 (85.7%)	1 (14.3%)	0.3268
	Estudante	1 (50.0%)	0 (0.0%)	1 (50.0%)	
	Exatas	0 (0.0%)	3 (75.0%)	1 (25.0%)	
	Humanas	1 (10.0%)	7 (70.0%)	2 (20.0%)	
	Saúde	0 (0.0%)	4 (57.1%)	3 (42.9%)	
Religião	Ateu	0 (0.0%)	2 (66.7%)	1 (33.3%)	0.8736
	Católica	2 (10.5%)	13 (68.4%)	4 (21.1%)	
	Espírita	0 (0.0%)	5 (62.5%)	3 (37.5%)	
Diagnóstico	ALZ	0 (0.0%)	5 (83.3%)	1 (16.7%)	0.7715
	Câncer	2 (8.3%)	15 (62.5%)	7 (29.2%)	
C.P.	Domiciliar	1 (6.7%)	11 (73.3%)	3 (20.0%)	0.8333
	Hospitalar	1 (6.7%)	9 (60.0%)	5 (33.3%)	
Recebe ajuda	Não	1 (7.7%)	8 (61.5%)	4 (30.8%)	0.8429
	Sim	1 (5.9%)	12 (70.6%)	4 (23.5%)	

Figura 22. Percentuais de Aspectos Formais – Pirâmide I

Fonte: elaboração própria da autora

Em relação ao sexo, há diferença entre os grupos, com o Feminino com um percentual maior em Estruturas que o Masculino, mas a diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 0.1441$); em relação à profissão, há certa diferença entre os grupos, com os familiares estudantes e que atuam na área da Saúde com menor percentual de Formações que os demais, mas, apesar disso, a diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 0.3268$); em religião, há pouca diferença entre os grupos, com os percentuais relativamente próximos, sendo a diferença não significativa ($p\text{-value} = 0.8736$); pelo diagnóstico, há certa diferença entre os grupos, com o grupo ALZ com um percentual de Formações um pouco maior que o grupo Câncer, mas, apesar disso, a diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 0.7715$); pelo tipo de Cuidados Paliativos, há pouca diferença entre os grupos, com o grupo Domiciliar com um percentual de Formações um pouco maior que o grupo Hospitalar, mas, apesar disso a diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 0.8333$); e, por fim, se recebe ajuda de terceiros ou não, há pouca diferença entre os grupos, com o grupo que recebe ajuda com um percentual de Formações um pouco maior que o grupo que não recebe, mas a diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 0.8429$).

4.5.2 Pirâmide II

Na Tabela 21 e Figura 23, são apresentadas as frequências e percentuais para os Aspectos Formais da segunda pirâmide.

Tabela 21
Frequências e Percentuais por características – Aspectos Formais – Pirâmide II

Característica	Grupo	Pirâmide II			p-value
		Estruturas	Formações	Tapetes	
Sexo	Feminino	4 (17.4%)	14 (60.9%)	5 (21.7%)	0.6801
	Masculino	0 (0.0%)	5 (71.4%)	2 (28.6%)	
Profissão	Desempregado	0 (0.0%)	5 (71.4%)	2 (28.6%)	0.3527
	Estudante	1 (50.0%)	0 (0.0%)	1 (50.0%)	
	Exatas	0 (0.0%)	2 (50.0%)	2 (50.0%)	
	Humanas	2 (20.0%)	7 (70.0%)	1 (10.0%)	
	Saúde	1 (14.3%)	5 (71.4%)	1 (14.3%)	
Religião	Ateu	0 (0.0%)	2 (66.7%)	1 (33.3%)	0.7315
	Católica	4 (21.1%)	11 (57.9%)	4 (21.1%)	
	Espírita	0 (0.0%)	6 (75.0%)	2 (25.0%)	
Diagnóstico	ALZ	1 (16.7%)	4 (66.7%)	1 (16.7%)	1.0000
	Câncer	3 (12.5%)	15 (62.5%)	6 (25.0%)	
C.P.	Domiciliar	4 (26.7%)	8 (53.3%)	3 (20.0%)	0.1683
	Hospitalar	0 (0.0%)	11 (73.3%)	4 (26.7%)	
Recebe ajuda	Não	2 (15.4%)	9 (69.2%)	2 (15.4%)	0.7595
	Sim	2 (11.8%)	10 (58.8%)	5 (29.4%)	

Figura 23. Percentuais de Aspectos Formais – Pirâmide II

Fonte: elaboração própria da autora

Em relação ao sexo, há certa diferença entre os grupos, com o Feminino com um percentual maior em Estruturas que o Masculino, mas a diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 0.6801$); em relação à profissão, há certa diferença entre os grupos, com os familiares estudantes e que atuam na área de Exatas com menor percentual de Formações que os demais, mas, apesar disso, a diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 0.3527$); pela religião, nota-se pouca diferença entre os grupos, com os percentuais relativamente próximos e, com a Católica, com um percentual maior

em Estruturas que as demais, porém a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0.7315); pelo diagnóstico há pouca diferença entre os grupos, com os valores bem semelhantes, sendo a diferença não significativa (p-value = 1.0000); pelo tipo de Cuidados Paliativos, há certa diferença entre os grupos, com o Domiciliar com um percentual de Estruturas maior que o grupo Hospitalar, mas, apesar disso, a diferença entre os grupos não foi significativa (p-value = 0.1683); e, por fim, se recebe ajuda de terceiros ou não, nota-se pouca diferença entre os grupos, com o grupo que recebe ajuda com um percentual de Tapetes um pouco maior que o grupo que não recebe, mas a diferença não foi significativa (p-value = 0.7595).

4.5.3 Pirâmide III

Na Tabela 22 e Figura 24, são apresentadas as frequências e percentuais para os Aspectos Formais da terceira pirâmide.

Tabela 22

Frequências e Percentuais por características – Aspectos Formais – Pirâmide III

Característica	Grupo	Pirâmide III			p-value
		Estruturas	Formações	Tapetes	
Sexo	Feminino	4 (17.4%)	12 (52.2%)	7 (30.4%)	0.7070
	Masculino	0 (0.0%)	4 (57.1%)	3 (42.9%)	
Profissão	Desempregado	0 (0.0%)	5 (71.4%)	2 (28.6%)	0.0050**
	Estudante	1 (50.0%)	0 (0.0%)	1 (50.0%)	
	Exatas	0 (0.0%)	4 (100.0%)	0 (0.0%)	
	Humanas	1 (10.0%)	2 (20.0%)	7 (70.0%)	
	Saúde	2 (28.6%)	5 (71.4%)	0 (0.0%)	
Religião	Ateu	0 (0.0%)	3 (100.0%)	0 (0.0%)	0.3577
	Católica	4 (21.1%)	8 (42.1%)	7 (36.8%)	
	Espírita	0 (0.0%)	5 (62.5%)	3 (37.5%)	
Diagnóstico	ALZ	1 (16.7%)	3 (50.0%)	2 (33.3%)	1.0000
	Câncer	3 (12.5%)	13 (54.2%)	8 (33.3%)	
C.P.	Domiciliar	3 (20.0%)	7 (46.7%)	5 (33.3%)	0.6887
	Hospitalar	1 (6.7%)	9 (60.0%)	5 (33.3%)	
Recebe ajuda	Não	2 (15.4%)	7 (53.8%)	4 (30.8%)	1.0000
	Sim	2 (11.8%)	9 (52.9%)	6 (35.3%)	

Nota. ** Significância de 99%

Figura 24. Percentuais de Aspectos Formais – Pirâmide III

Fonte: elaboração própria da autora

Pela Tabela 22 e Figura 24 observa-se que, em relação ao sexo, há certa diferença entre os grupos, com o Feminino com um percentual maior em Estruturas que o Masculino, mas a diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 0.7070$); em relação à profissão, há diferença entre os grupos, com o Exatas com 100% de Formações e Humanas concentrado em Tapetes, sendo a diferença significativa ($p\text{-value} = 0.0050$); pela religião nota-se certa diferença entre os grupos, com o Ateu concentrado em Formações e o Católica com um percentual mais disperso entre os três tipos de aspectos, mas, apesar disso, a diferença entre os grupos não foi significativa ($p\text{-value} = 0.3577$); pelo diagnóstico, há pouca diferença entre os grupos, com os valores bem semelhantes, não sendo, portanto, significativa tal diferença ($p\text{-value} = 1.0000$); pelo tipo de Cuidados Paliativos, há pouca diferença entre os grupos, com o grupo Domiciliar com um percentual de Estruturas maior que o grupo Hospitalar, mas a diferença não foi significativa ($p\text{-value} = 0.6887$); e, por fim, se recebe ajuda de terceiros ou não, nota-se pouca diferença entre os grupos, com os valores bem semelhantes, não sendo, portanto, uma diferença significativa ($p\text{-value} = 1.0000$).

Desta forma, é possível concluir que não houve diferenças estatisticamente significantes entre os grupos, exceto uma correlação na Pirâmide III em relação a profissão, no qual nota-se diferença entre os grupos, com o Exatas com 100% de Formações e Humanas concentrado em Tapetes, sendo a diferença significativa estatisticamente ($p\text{-value} = 0.0050$). Entretanto, essa informação não se mostra relevante nesta pesquisa por ser uma diferença significativa somente em uma pirâmide e também

por não contribuir de forma específica para uma compreensão mais global do público alvo.

4.6 Análise da Fórmula Cromática em relação as características demográficas dos participantes

Foi realizada uma comparação entre os percentuais da Fórmula Cromática com os grupos das características demográficas coletadas na entrevista. As características selecionadas para as comparações seguem as mesmas. Para verificar se houve ou não diferença significativa entre os grupos de cada característica, foi utilizado o *Teste Exato de Fisher* e apresentado o resultado do p-value. Na Tabela 23 e Figura 25, são apresentadas as frequências e percentuais da Fórmula Cromática.

Tabela 23
Frequências e Percentuais por características – Fórmula Cromática

Característica	Grupo	Fórmula Cromática							p-value
		Ampla e Flexível	Ampla e Instável	Moderada e Estável	Moderada e Flexível	Moderada e Instável	Restrita e Flexível	Restrita e Instável	
Sexo	Feminino	3 (13.0%)	6 (26.1%)	1 (4.3%)	1 (4.3%)	8 (34.8%)	1 (4.3%)	3 (13.0%)	0.9600
	Masculino	1 (14.3%)	3 (42.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (28.6%)	0 (0.0%)	1 (14.3%)	
Profissão	Desempregado	1 (14.3%)	3 (42.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (28.6%)	1 (14.3%)	0 (0.0%)	0.6635
	Estudante	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (50.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (50.0%)	
	Exatas	1 (25.0%)	1 (25.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (50.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	
	Humanas	2 (20.0%)	2 (20.0%)	0 (0.0%)	1 (10.0%)	4 (40.0%)	0 (0.0%)	1 (10.0%)	
	Saúde	0 (0.0%)	3 (42.9%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	2 (28.6%)	0 (0.0%)	2 (28.6%)	
Religião	Ateu	1 (33.3%)	1 (33.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	1 (33.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0.9609
	Católica	1 (5.3%)	6 (31.6%)	1 (5.3%)	1 (5.3%)	6 (31.6%)	1 (5.3%)	3 (15.8%)	
	Espirita	2 (25.0%)	2 (25.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	3 (37.5%)	0 (0.0%)	1 (12.5%)	
Diagnóstico	ALZ	1 (16.7%)	1 (16.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	4 (66.7%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	0.6839
	Câncer	3 (12.5%)	8 (33.3%)	1 (4.2%)	1 (4.2%)	6 (25.0%)	1 (4.2%)	4 (16.7%)	
C.P.	Domiciliar	2 (13.3%)	5 (33.3%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	5 (33.3%)	1 (6.7%)	2 (13.3%)	1.0000
	Hospitalar	2 (13.3%)	4 (26.7%)	1 (6.7%)	1 (6.7%)	5 (33.3%)	0 (0.0%)	2 (13.3%)	
Recebe ajuda	Não	1 (7.7%)	4 (30.8%)	1 (7.7%)	1 (7.7%)	2 (15.4%)	0 (0.0%)	4 (30.8%)	0.0402*
	Sim	3 (17.6%)	5 (29.4%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)	8 (47.1%)	1 (5.9%)	0 (0.0%)	

Nota. * Significância de 95%

Figura 25. Percentuais de Fórmula Cromática

Fonte: elaboração própria da autora.

Neste caso das fórmulas cromáticas, pelo fato de serem muitos grupos distintos, (sete combinações) e pelo pequeno tamanho amostral (30 familiares), a análise precisa dos resultados fica dificultada. Na variável se recebe ajuda de terceiros ou não, há certa diferença entre os grupos, com o grupo que recebe ajuda com um percentual de Moderada e Instável um pouco maior que o grupo que não recebe e um percentual menor de Restrita e Instável, sendo considerado essa a única diferença significativa estatisticamente encontrada ($p\text{-value} = 0.0402$).

Assim, em relação aos familiares que recebem ajuda de terceiros nos cuidados, pela predominância da Moderada e Instável, é possível supor uma tendência à instabilidade, embora menos acentuada. Já para os familiares que não recebem ajuda, a predominância da Restrita e Instável, aponta significativamente para um sentimento de instabilidade, controlado por mecanismos inibitórios que restringem a ação ou mesmo o campo de interesse. De acordo com Justo e Van Kolck (1976), são formulas mais encontradas em casos patológicos.

4.7 Correlação entre as cores e o Aspecto Formal

No estudo de Lampert e Scortegagna (2018), com os cuidados formais foi realizada uma correlação entre as frequências das cores e a frequências dos aspectos formais. Tal correlação apresentou achados interessantes quanto à mobilização dos recursos emocionais e cognitivos dos cuidadores e, por isso, é uma indicação de análise

dos autores. Portanto foi realizada esta análise, correlacionando a frequência das cores e a frequência dos aspectos formais. Para os aspectos formais, foi considerada a frequência nas três pirâmides de cada participante, ou seja, seu valor pode ser de 0 a 3 (0: nenhuma das três pirâmides, 3: nas três pirâmides). Foi utilizado o índice de correlação linear de Pearson²:

- 0.00 a 0.19 “muito fraca”
- 0.20 a 0.39 “fraca”
- 0.40 a 0.59 “moderada”
- 0.60 a 0.79 “forte”
- 0.80 a 0.1.0 “muito forte”

Na Tabela 24 são apresentados os valores da correlação e os p-values para testar se a correlação é diferente de 0.

Tabela 24
Correlações entre frequências de cores e de Aspectos Formais

	Azul	Vermelho	Verde	Violeta	Laranja	Amarelo	Marrom	Preto	Branco	Cinza	Tapetes	Formações
Vermelho	-0.54 (0.002)											
Verde	0.30 (0.111)	-0.55 (0.002)										
Violeta	-0.44 (0.015)	0.03 (0.872)	-0.39 (0.033)									
Laranja	0.00 (0.989)	0.28 (0.141)	-0.20 (0.295)	-0.05 (0.802)								
Amarelo	-0.22 (0.253)	-0.04 (0.834)	-0.20 (0.285)	0.10 (0.608)	0.10 (0.608)							
Marrom	-0.06 (0.756)	0.02 (0.912)	-0.07 (0.717)	-0.33 (0.074)	-0.29 (0.123)	-0.14 (0.448)						
Preto	-0.16 (0.404)	-0.07 (0.713)	0.00 (0.987)	-0.30 (0.113)	-0.37 (0.047)	-0.02 (0.913)	0.37 (0.042)					
Branco	-0.27 (0.144)	0.49 (0.006)	-0.44 (0.014)	0.11 (0.557)	-0.21 (0.256)	-0.29 (0.126)	0.02 (0.903)	-0.17 (0.366)				
Cinza	-0.26 (0.159)	0.04 (0.824)	-0.21 (0.277)	0.15 (0.420)	-0.12 (0.541)	-0.05 (0.814)	0.04 (0.837)	-0.18 (0.341)	0.43 (0.017)			
Tapetes	-0.22 (0.242)	0.31 (0.094)	-0.18 (0.339)	-0.08 (0.686)	0.16 (0.415)	0.31 (0.092)	0.02 (0.901)	-0.18 (0.329)	0.13 (0.494)	0.26 (0.167)		
Formações	0.27 (0.146)	-0.39 (0.034)	0.32 (0.081)	-0.16 (0.392)	-0.34 (0.067)	0.03 (0.891)	0.13 (0.507)	0.28 (0.128)	-0.28 (0.141)	-0.40 (0.029)	-0.69 (0.000)	
Estruturas	-0.11 (0.580)	0.15 (0.418)	-0.22 (0.240)	0.31 (0.099)	0.27 (0.146)	-0.40 (0.028)	-0.20 (0.299)	-0.16 (0.389)	0.22 (0.254)	0.23 (0.221)	-0.25 (0.179)	-0.53 (0.003)

² O índice de correlação linear de Pearson é um índice que mede o grau de associação linear entre duas variáveis. Ele varia de -1 até 1, sendo que valores próximos de zero indicam nenhuma associação linear e valores próximos do extremo (-1 ou 1) indicam grande associação linear entre as variáveis. Tipicamente há boas correlações quando $|r| > 0,7$ ou $0,8$ (Bussab & Morettin, 1987).

Pela tabela, é possível comentar que, em relação às cores, há algumas correlações significativas:

- Azul e Vermelho com correlação negativa e moderada: quando maior a frequência do azul, menor é o uso do vermelho. Assim à medida que os mecanismos de controle e repressão aumentam, a extroversão e a excitabilidade tendem a diminuir. Com o aumento do controle, há uma redução da extroversão. Essa correlação é semelhante a outra significativa entre preto e laranja (negativa e fraca);

- Azul e Violeta com correlação negativa e fraca: com o aumento dos mecanismos de controle e repressão, observa-se uma redução da ansiedade e da tensão. Assim como na correlação negativa entre Verde e Violeta: quanto maior a frequência do uso do verde, menor a frequência da violeta. Este resultado aponta que, diante de uma maior capacidade de compreender o outro, e estabelecer relações empáticas, menor é o desconforto emocional sentido pelos familiares, com a diminuição da tensão e ansiedade.

- Vermelho e verde com uma correlação negativa e moderada: com a elevação dos estados mais excitados, da extroversão, irritabilidade, impulsividade e à agressividade, menor a aptidão em compreender o outro, menor sua capacidade de elaboração e nas habilidades relacionais;

- Vermelho e Branco com uma positiva e moderada: com a elevação dos estados mais excitados, da extroversão, irritabilidade, impulsividade e agressividade, há uma elevação do sentido de vazio interior, da fragilidade estrutural e de uma estabilidade mais precária;

- Verde e Branco com uma correlação negativa e moderada: diante de uma maior capacidade de compreender o outro, e estabelecer relações empáticas, menor é o sentido de vazio interior e da fragilidade estrutural;

- Marrom e Preto com uma correlação positiva e fraca: quanto mais energia, ação, produtividade, maior sua função estabilizadora e reguladora;

- Branco e Cinza com uma correlação positiva e moderada: quanto maior é o sentido de vazio interior e da fragilidade estrutural, maior é o sentimento de insegurança, de repressão dos afetos, timidez, cautela e restrição dos contatos emocionais como um mecanismo de defesa.

Em relação ao funcionamento cognitivo, houve uma correlação forte e negativa entre Tapetes e Formações (-0.69), ou seja, quando a presença de Tapetes aumenta diminui a de Formações, porém esta é uma correlação previsível.

Em formações, há uma correlação positiva com o vermelho e com o cinza, ambas negativas e no limite entre fraca e moderada. Com a elevação dos estados mais excitados, da extroversão, irritabilidade e impulsividade, maior a dificuldade no trato com as emoções e da sensação de insegurança e instabilidade.

Em estruturas, há uma correlação negativa, no limite entre fraca e moderada, com a cor amarela, ou seja, quanto maior o nível intelectual, menor a sua capacidade de extroversão.

5 Discussão

Essa pesquisa teve por objetivo caracterizar a vivência afetiva dos filhos que são os principais cuidadores de pacientes que estão em programas de Cuidados Paliativos exclusivos. Os familiares cuidadores são considerados parte fundamental na assistência pela equipe de cuidados paliativos, que demandam atenção e cuidados referentes a sua experiência como cuidador, pela própria situação de cuidar de um ente querido ao longo do seu processo de adoecimento, mas também pelas perdas, tanto simbólicas quando reais, que os familiares sofrem nessa jornada.

Para isso, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os familiares e aplicado o Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister, um instrumento que tem por finalidade captar esse mundo simbólico que, muitas vezes, é difícil de ser expressado pelo indivíduo verbalmente, partindo da hipótese de que, empregando um método ainda não utilizado nas pesquisas com o público de cuidadores familiares em Cuidados Paliativos, seja possível encontrar conteúdos sobre a vivência afetiva desses ainda não explorados pela literatura atual.

Foram analisadas as frequências das cores, as síndromes, o aspecto formal e a fórmula cromática, sendo estes comparados com a população de não pacientes do manual de Villemor-Amaral (2012, p.160 e p.164) para identificar o perfil típico desses familiares e se há e quais as diferenças significantes entre variáveis selecionadas pela entrevista. No capítulo anterior, foram expostos esses resultados encontrados pelo Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister e, por eles e pelo levantamento bibliográfico realizado nesta pesquisa, pode-se fazer algumas correlações e suposições.

5.1 Índices compatíveis com a média

Primeiramente sobre o os dados médios do cuidador familiar de pacientes em Cuidados Paliativos, nesta pesquisa, observa-se que, em relação ao sexo, a grande maioria é do sexo feminino (76.7%), assim como nas pesquisas de Araújo et al (2009), Delalibera, Barbosa e Leal (2018) e de Gayoso et al (2018). Em relação à idade, a média dos participantes foi de 34.1 anos (público mais jovem do que nas pesquisas encontradas, como era o objetivo), 60,0% são casados, pouco mais da metade (53.3%) tem filhos e a grande maioria (73.3%) tem superior completo. Em comparação com o levantamento realizado, os dados quanto ao estado civil e filhos não se mostraram relevantes nas

pesquisas do levantamento (Araújo et al, 2009; Primio et al, 2010; Guimarães & Lipp, 2011; Magalhães & Franco, 2012; Coelho & Ferreira, 2015; Delalibera et al, 2015; Meneguim & Ribeiro, 2016; Rumpold et al, 2016; Ullrich et al, 2017; Delalibera, Barbosa & Leal, 2018; Gayoso et al, 2018; Espíndola et al, 2018), porém, em relação ao nível de escolaridade, nas pesquisas de Araújo et al (2009), Delalibera, Barbosa e Leal (2018) e de Gayoso et al (2018), os participantes, em suma maioria, tinham ensino médio incompleto, revelando que, nesta pesquisa, os cuidadores têm um nível de formação superior as demais.

Em relação à profissão, a maior concentração dos cuidadores é atuante na área de Humanas, seguido pela Saúde e Desempregados (no levantamento, não foram encontradas pesquisas com uma diferenciação por área de atuação profissional). Assim, nesta pesquisa, a maioria dos familiares concilia a profissão com a função de cuidar, com apenas 23.3% de desempregados e que, pouco mais da metade (56.7%), recebe ajuda de terceiros nos cuidados. Este achado é semelhante ao de Delalibera, Barbosa e Leal (2018), porem contrários aos da pesquisa de Araújo et al (2009); Primio et al (2010); Magalhães e Franco (2012); Meneguim & Ribeiro (2016); Rumpold et al (2016); Ullrich et al (2017), que afirmam que os familiares deixaram de trabalhar para assumir integralmente a função de cuidador.

Portanto, por esta pesquisa, pode-se supor que os familiares conciliam a sua função de cuidador com a sua profissão, com seus filhos (53.3% tem filhos) e que estão recebendo mais ajuda de outros nos cuidados diários, como de higiene do paciente, alimentação, administração de medicamento e acompanham nas consultas. De acordo com Guimarães e Lipp (2011), Andrade (2012) e Delalibera, Barbosa e Leal (2018), atuar em tantas funções torna o cuidar do outro um processo penoso e exaustivo, o que ocasiona uma sobrecarga e estresse elevado, mas com a divisão de tarefas com outros e uma rede de apoio estruturada, que oferece auxílio tanto prático quanto psicológico, minimiza os impactos emocionais desta vivência. Familiar V. explica um pouco sobre a rotina de cuidados:

“São tantas coisinhas para fazer. De manhã tenho que acordar super cedo para ajudar as crianças irem para a escola e tomar meu banho.... Eu acordo minha mãe, dou café da manhã para ela e ela já toma algumas medicações depois do café... Tenho que dar banho nela, que geralmente demora porque tem que ser com muito cuidado... Deixo ela ou na cama ou no sofá e vou cuidar do almoço... sorte que agora a escola das crianças é

integral. Almoço, dou almoço para ela, mais remédios, arrumo a casa, geralmente sempre vem alguém em casa, um enfermeiro ou fisio para fazer alguma das coisas com ela, e tenho que acompanhar né? Pego as crianças na escola, ajudo no banho deles, geralmente brigo para eles fazerem lição de casa, dou mais remédio... tem o jantar de todos, ajudo todos a se vestirem e, as vezes, eu tenho um tempinho para mim, ou capoto mesmo (risos) porque de manhã começa tudo de novo...”

Em relação à religião, a maioria segue a católica (63.3%), sendo apenas 10% dos familiares que se consideram sem religião (achado semelhante das pesquisas de Delalibera et al, 2015 e de Gayoso et al, 2018). Por fim, a grande maioria dos pacientes tem como diagnóstico base o Câncer (80%), revelando que os Cuidados Paliativos atendem, em grande maioria, pacientes oncológicos (mesmo achado na pesquisa de Delalibera, Barbosa e Leal, 2018), e metade dos participantes recebe atendimento Domiciliar e metade Hospitalar, também indicando que ambos os tipos de atenção paliativa estão sendo utilizados pelos tipos serviços (não foram encontradas pesquisas no levantamento que trabalhassem tanto com o serviço hospitalar quanto o domiciliar).

Assim, o perfil típico de familiares cuidadores de pacientes em Cuidados Paliativos é do sexo feminino, com 34 anos, casado, com filhos, católico e com superior completo. Segue com a sua carreira profissional, conciliando o trabalho com sua função de cuidador, solicitando, para isso, ajuda de terceiros nos cuidados diários. A maioria dos pacientes em Cuidados Paliativos tem diagnóstico oncológico e o atendimento paliativo é distribuído igualmente entre hospitalares e domiciliares.

Pelo Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister, é possível supor que os familiares cuidadores de pacientes em Cuidados Paliativos apresentam componentes de tensão e ansiedade, sentimento de insatisfação, de vazio, indicações de medo, carência afetiva, insegurança, insatisfações. Essas são achados semelhantes aos das pesquisas do levantamento bibliográfico realizado (Araújo et al, 2009; Andrade, 2012; Magalhães & Franco, 2012; Delalibera et al, 2015; Ullrich et al, 2017; Delalibera, Barbosa & Leal, 2018; Espíndola et al, 2018; Gayoso et al, 2018). Porém também foram sinalizados sentimentos ainda não citados na literatura, como de inferioridade e incapacidade, associados à tensão e o medo do desamparo e de sentir-se indefeso, além de uma fragilidade estrutural, repressão dos afetos, ambivalências e imprevisibilidade de atitudes. Podemos observar esses sentimentos nas falas dos familiares durante a entrevista:

Familiar G1: “É tudo muito difícil.....Sei lá, tem hora que, que bate aquele desespero no peito (pausa e se emociona), meu coração acelera, sinto até minha mão suar de pensar, sabe?... de pensar que meu pai não tem mais cura. A gente se sente tão sozinha...”

Familiar M6: “A gente não sabe mais o que fazer... como ajudar... as vezes como tirar a dor dela (pausa e reflete), mas... a vida é assim né? Tem que seguir em frente, não dá para ficar parada chorando as pitangas... vida que segue”

Familiar A1: “Sinto uma sensação de impotência, de não poder fazer nada. É insuportável, não tem como... como explicar o sentimento que a gente sente dentro da gente... Dá vontade de chorar, dá vontade de gritar, brigar.... mas, junto com isso, um medo de ele ir embora mesmo, de me deixar aqui, sozinha... o que eu vou fazer quando isso acabar, sabe? Virou a minha vida isso aqui (aponta para o hospital)”

Em contrapartida, apresentam componentes importantes que indicam possibilidades melhores, em relação a população de não pacientes, de contenção, elaboração e controle, com funções estabilizadoras e reguladoras, que visa à adaptação e supressão da expressão de sentimentos e afetos. Além disso, há indicações de que esses familiares são, de modo geral, pessoas com energia, ativas, dinâmicas, determinadas, tenaz e perseverantes, características importantes para a função de cuidar de um familiar com uma doença crônica e não apontadas nas pesquisas anteriores (Araújo et al, 2009; Primio et al, 2010; Guimarães & Lipp, 2011; Magalhães & Franco, 2012; Coelho & Ferreira, 2015; Delalibera et al, 2015; Meneguim & Ribeiro, 2016; Rumpold et al, 2016; Ullrich et al, 2017; Delalibera, Barbosa & Leal, 2018; Gayoso et al, 2018; Espíndola et al, 2018). Observa-se essas características pela fala do familiar A.:

“Eu sei que ela não está bem... eu sei o que nos reserva nos próximos meses, e sei também que eu tenho feito tudo o que posso por ela... Corro com ela para lá, corro com ela para cá... e vou te confessar que isso ajuda, sabia? Ter meu dia cheio de coisas para resolver me mantém sã eu acho (...) Eu tento de tudo para manter minha rotina com a M.H. (filha), da casa, do trabalho e ainda dar a atenção para ela”

Outra característica importante entre os cuidadores e de extrema importância para esta função é relacionada à empatia e aos relacionamentos sociais. Os familiares, de modo geral, apresentam componentes ligados à aptidão em compreender uma situação de forma intelectual e emocional simultaneamente e, também, em compreender o outro, significando uma capacidade de elaboração e habilidades relacionais. Esse é um achado semelhante à pesquisa de Lampert e Scortegagna (2018), com cuidadores formais, que também apresentaram habilidades empáticas e de envolvimento afetivo. O filho C2 expõe um pouco sobre isso:

“Eu olho para ele e eu sei o que ele quer, você acredita? Sempre fomos muito ligados... da vida mesmo e eu sei que hoje ele precisa de mim, como um dia eu precisei dele e eu estou aqui... me sinto grato por estar aqui ao lado dele”

Assim, supõe-se que os familiares de pacientes em Cuidados Paliativos apresentam um nível não satisfatoriamente amadurecido no trato com as emoções, indicando certa instabilidade, tensão e ansiedade, porém com esforço de adaptação e controle. Além de apresentarem habilidades empáticas e de relacionamento social, também se mostram determinados, dinâmicos, com perseverança e tenacidade em enfrentar as situações vivenciadas.

5.2 Diferenças significativas entre as variáveis

Entre as diferenças estatisticamente significativas encontradas, correlacionadas com as variáveis selecionadas na entrevista, foram encontradas diferenças relevantes ou com uma tendência de diferença significativa em todas as variáveis (sexo, profissão, religião, diagnóstico, atendimento hospitalar ou domiciliar e se recebe ou não ajuda). Primeiramente em relação ao sexo, há diferenças significativas pelo uso do verde (uso elevado nos homens), violeta (uso elevado nas mulheres), preto (uso elevado nos homens) e vermelho (uso rebaixado nos homens), além da síndrome estímulo (uso rebaixado nos homens).

Pode-se supor que os homens apresentam mais aptidão em compreender uma situação de forma intelectual e emocional simultaneamente e, também, em compreender o outro, possuindo empatia, habilidades relacionais e uma capacidade de elaboração. Também pode-se supor que, apesar de apresentarem componentes que indicam a

existência de mecanismos de defesa, há indicativos de certa labilidade estrutural, com uma dificuldade nessa descarga emocional, utilizando o retraimento como forma defensiva, como uma fuga do mundo exterior.

Já nas mulheres, há indicativos mais presentes de ansiedade e tensão, vinculada à ansiedade difusa, derivada do medo do desamparo e de sentir-se indefesa, além de apresentarem certa instabilidade emocional, diminuindo a abertura para os relacionamentos, que leva a um retraimento social. Em contrapartida, há indicações de possibilidades melhores de contenção e elaboração da ansiedade, com a presença de funções estabilizadoras e reguladoras que visam à adaptação.

Em ambos os sexos, há a presença de componentes de controle e mecanismos de defesa, além de indicativos de certo retraimento social, nos homens, como defesa de uma dificuldade em lidar com as emoções e, nas mulheres, derivada da carga de ansiedade e tensão. Porém os homens apresentam mais aptidão em compreender o outro, mais empatia e habilidades relacionais do que as mulheres (provavelmente pela possível presença da ansiedade difusa e do medo do desamparo). Nas pesquisas pelo levantamento de literatura, não foram encontradas relações em função do sexo, sendo este dado diferente das demais (Araújo et al, 2009; Primio et al, 2010; Guimarães & Lipp, 2011; Magalhães & Franco, 2012; Coelho & Ferreira, 2015; Delalivera et al, 2015; Meneguim & Ribeiro, 2016; Rumpold et al, 2016; Ullrich et al, 2017; Delalibera, Barbosa & Leal, 2018; Gayoso et al, 2018; Espíndola et al, 2018).

A presença de empatia nos homens pode ser exemplificada nessa frase do familiar F.:

“Ela precisa de mim... vou ficar aqui até ela ficar também... devo isso a ela, sempre fomos muito próximos e sei lá eu estou acostumado com ela, com o que ela gosta, como quer as coisas... Eu sei que ela está sofrendo... não está sentindo dor não, viu? Mas eu sei que ela está sofrendo por deixar esse mundão...”

E de ansiedade pelas mulheres pela fala de A3:

“Menina é tudo muito confuso, é muita coisa para fazer, para resolver, e eu aqui sozinha. Eu tenho um monte de coisa para resolver em casa, limpar a casa, fazer comida, cuidar dos meninos e além disso, cuidar da minha mãe.... Você sabia que eu não consigo mais dormir à noite? Sinto minha cabeça girar de tanta coisa que fica passando nela... sabe as tarefas do dia?

O que eu tenho que fazer? Como Fazer? E aí já viu, não durmo, não como direito. É ansiedade isso né? (essa fala foi muito acelerada e A3 ficou o tempo todo olhando para o relógio).

Em relação a variável profissão, houve somente uma diferença significativa relevante, que é o uso elevado do verde nos desempregados. Isto poderia indicar uma sobrecarga de estimulação, que pode gerar ansiedade e provocar ruptura do equilíbrio interno, se não houver outros fatores reguladores (no caso dos familiares desempregados, há uma elevação da cor azul e o preto está dentro dos valores esperados, indicativos de funções reguladoras). Diferente do que encontrado na literatura (Araújo et al, 2009; Primio et al, 2010; Magalhães e Franco, 2012; Meneguim & Ribeiro, 2016; Rumpold, 2016; Ullrich, 2017), o desemprego parece desencadear mais angústia do que o acúmulo de funções dos familiares que seguem com uma carreira profissional (profissional + pessoal + cuidador). Pode-se supor que os familiares que assumiram o papel de cuidadores em tempo integral, abandonaram ou abdicaram do trabalho formal, o que, geralmente, tem impacto e desdobramentos em sua organização financeira e pode intensificar a carga emocional já vivenciada por ter um familiar em Cuidados Paliativos exclusivos. O familiar C2, que abandonou o trabalho para cuidar de seu pai, diz que:

“Eu não consegui... Não tive escolha, acabei saindo do trabalho, mas por enquanto viu? Ainda pretendo voltar daqui um tempo (pausa e reflete) ... é que as coisas não estão fáceis lá em casa, meu salário faz muita falta... Mas ele precisa de mim agora, o que eu posso fazer? Deus vai me ajudar né?”

Um ponto que chama a atenção nesta variável é que os familiares que atuam na área da Saúde apresentam o uso da cor verde abaixo da média, em relação à população de não pacientes (6.7%). Sua diminuição pode indicar certa insensibilidade emocional, diminuindo a abertura para os relacionamentos, levando a um retraimento social. Esses dados mostram-se relevantes, uma vez que o profissional da saúde tem seu trabalho associado ao ato de cuidar e, para isso, tem que se relacionar com seus pacientes. De acordo com Gauer et al (2006), os profissionais da saúde lidam, diariamente, com situações de perdas e frustrações e, frente a essas dificuldades da profissão, alguns podem desenvolver adaptações que se tornam prejudiciais, como a construção de uma couraça às emoções, certa frieza nos contatos e o isolamento social. Os conhecimentos técnicos sobre a doença, seu prognóstico e as experiências passadas com outros pacientes, atuam

como uma carga emocional tão intensa que, como defesa, há um afastamento social. Ter o conhecimento e a experiência no assunto tornam o cuidar do familiar possivelmente mais penoso.

Essa vivência pode ser encontrada na fala de T., que é uma enfermeira e diz que “o conhecimento é uma praga sabia? Saber o que vai acontecer, como as coisas vão acontecer e sabe o que significa metástase é muito difícil para mim... Eu já perdi muitos pacientes pela mesminha doença da minha mãe e fica impossível não levar o trabalho para casa...”.

Em relação à religião, o grupo de familiares que se considera ateu apresentou uma média maior do uso do preto, sendo esta uma elevação significativa, o que poderia indicar angústia e depressão, como consequência do emprego maciço da repressão. Nas demais religiões dos familiares cuidadores desta pesquisa (católica e espírita), as médias estão dentro dos valores esperados para a população de não pacientes, o que significa uma função estabilizadora e reguladora, que visa à adaptação. Este dado indica a importância da religião e da espiritualidade para os familiares, também apontado por Delalibera et al (2015) e de Gayoso et al (2018). Os autores afirmam que ambas são como um recurso de enfrentamento da situação de finitude, como forma de encontrar respostas, favorecendo sentimentos de acolhimento e de esperança, e importante fator para a manutenção da qualidade de vida do cuidador e do paciente. Nesta pesquisa, a religião aparece como uma função que visa estabilizar a angústia e a tristeza, que auxilia na adaptação a situações vivenciada pelos familiares, visto que os ateus apresentam indicativos de angústia, depressão e repressão mais acentuados dos que os familiares que se consideram religiosos. O familiar M. fala sobre a importância da religião para o seu enfrentamento:

“Eu entreguei nas mãos de Deus já e Ele sabe, eu realmente entreguei... Cada um tem a sua hora, não é? Não é nem antes e nem depois. O dia que Deus determinar que é o dia dele ir, eu aceito. Já perdi meu marido, se eu não acreditar que Deus tem um plano para todos nós, fica mais difícil de suportar essas coisas da vida...”

Em relação ao diagnóstico, o que se observa não é uma diferença estatisticamente significativa, mas uma tendência de diferença significativa com o uso do violeta ($p\text{-value} = 0.0647$). Porém é possível supor que, no grupo de pacientes com diagnóstico oncológico, os familiares cuidadores apresentam níveis de ansiedade e tensão mais elevados que os familiares de pacientes com diagnóstico de Alzheimer. Geralmente

o adoecimento por Alzheimer vem como uma consequência do próprio envelhecimento e se mostra crescente ao longo dos anos na evolução dos sintomas. Já o adoecimento oncológico atinge pessoas de diferentes idades, em diferentes locais, geralmente de forma inesperada e com prognósticos diversos, sendo, por vezes, uma evolução ao óbito rápida e, além disso, de acordo com Coelho e Ferreira (2015), a palavra câncer continua sendo um tabu na nossa sociedade, uma palavra que carrega um significado intenso de tristeza e morte, no qual os familiares evitam falar sobre suas necessidades e angústias que envolvem o cuidar de um paciente oncológico. A familiar C., quando vai falar sobre o diagnóstico do pai, ao invés de falar câncer, diz “aquela doença”, ou “aquela doença ruim”, um exemplo de como a nossa sociedade ainda tem dificuldade em abordar o assunto.

Em relação ao cuidado domiciliar e hospitalar, observa-se que houve uma diferença significativa na relação com a síndrome normal. Esta síndrome é a somatória das cores azul, vermelha e verde e seu significado está relacionado ao uso dessas cores. O grupo de pacientes em atendimento hospitalar apresentou média superior (61.5%) em relação aos familiares com atendimento domiciliar (52.6%). Aquela média encontra-se acima do esperado em relação à população de não pacientes, porém o valor é bem próximo ao limite do percentil 75 e esta elevação está relacionada com o aumento da utilização da cor azul.

Assim, apesar de ser uma diferença significativa, pode-se supor que ambos apresentam capacidade em manter uma conduta normal e adaptada, decorrente de certa estabilidade e equilíbrio emocional. A diferença poderia estar no possível sentimento de inferioridade, de incapacidade, insatisfações e ambivalências dos familiares cuidadores de pacientes em atendimento hospitalar. Conforme citado anteriormente, não foram encontradas pesquisas que abordassem a diferença entre o atendimento hospitalar e domiciliar e, por esta ser a única diferença significativa estatisticamente encontrada, pode-se supor que a dinâmica e o enfrentamento da situação de ser um familiar cuidador é semelhante nos dois ambientes, com um possível sentimento de inferioridade e incapacidade associado aos familiares no contexto hospitalar.

Por fim, na variável se recebe ajuda de terceiros ou não, foram encontradas três diferenças significativas, em relação à cor preta (recebe ajuda com uso elevado), pela síndrome incolor (não recebe ajuda com uso rebaixado) e pela fórmula cromática. Pelos familiares que recebem ajuda de terceiros, pode-se supor que há uma tendência à

instabilidade, embora menos acentuada já que apresentam defesas contra os estímulos que conduziriam à perda do equilíbrio.

Já os familiares que não recebem ajuda de terceiros os dados são antagônicos: pelo uso do preto na média é possível supor que apresentem uma função estabilizadora e reguladora que visa à adaptação, porém, pela síndrome incolor, sugere-se que há falta de elementos estabilizadores. Mas o que chama atenção é a predominância da formação Restrita e Instável, que aponta significativamente para um sentimento de instabilidade, controlado por mecanismos inibitórios que restringem a ação ou mesmo o campo de interesse. De acordo com Justo e Van Kolck (1976, conforme citado por Villemor-Amaral, 2012, p. 98), são fórmulas mais encontradas em casos patológicos.

Pelo levantamento, os autores reforçam a importância da rede de apoio estruturada para o auxílio tanto prático quanto psicológico à vivência da terminalidade, inclusive Delalibera, Barbosa e Leal (2018) afirmam que a falta de apoio social aparece diretamente associada à maior sintomatologia psicopatológica no cuidador e também ao pior funcionamento familiar, achado semelhante ao desta pesquisa. Andrade (2012) também traz que o cuidador principal é o mais sujeito a sobrecarga e estresse, e que estes podem ser minimizados com a divisão de tarefas com terceiros. A própria descrição dos princípios dos Cuidados Paliativos feita pelo INCA (2018) reforça a importância de se oferecer um sistema de apoio para ajudar a família a lidar com a doença do paciente. A manutenção da saúde física e emocional do familiar cuidador é fundamental, inclusive, para a garantia de cuidados adequados ao paciente. O familiar L. fala sobre a importância do suporte para o seu enfrentamento:

“Nossa a casa vive cheia, acho que até mais cheia do antes... Não importa se é dia de semana ou final de semana, tem gente em casa. A gente vai fazendo tipo um rodízio, sabe? (...) Então a gente faz de tudo pra dar atenção a ela, para cuidar dela, e graças a Deus por isso, não sei o que seria de mim, da minha família, sem a minha família (risos) ... Cuidar de um outra pessoa demanda muito tempo e dedicação, se não fosse pelas minhas irmãs, meu marido, e até mesmo meus primos não sei como daria conta. Deus me abençoou com essa família...”

5.3 Correlações entre as cores e formações

Conforme citado anteriormente, na pesquisa de Lampert e Scortegagna (2018), foi estudada a correlação entre as frequências das cores e a frequências dos aspectos formais, que apresentou achados interessantes quanto à mobilização dos recursos emocionais e cognitivos dos cuidadores e, por isso, foi uma indicação de análise dos autores. No caso desta pesquisa, observa-se apenas uma correlação significativa forte, cinco moderadas, duas fracas e três no limite entre fraco e moderada.

Primeiramente em relação à correlação forte (correlação forte e negativa entre Tapetes e Formações), é previsível e sem relevância na análise mais global dos dados. Pelas correlações moderadas (Azul e Vermelho com correlação negativa e moderada; Vermelho e Branco com positiva e moderada; Verde e Branco com negativa e moderada; Vermelho e verde com negativa e moderada; Branco e Cinza com correlação positiva e moderada) pode-se supor que:

- Quando os familiares de pacientes em Cuidados Paliativos estão mais extrovertidos, irritados, impulsivos ou agressivos, há uma elevação do sentido de vazio interior e de uma fragilidade estrutural, além de menor aptidão em compreender o outro, redução da sua capacidade de elaboração e nas habilidades relacionais;

- Quando maior é o sentido de vazio interior e da fragilidade estrutural, maior é o sentimento de insegurança, de timidez, cautela e restrição dos contatos emocionais;

- Porém quando os familiares cuidadores utilizam mecanismos de controle e repressão, a extroversão, a irritabilidade e a agressividade tendem a diminuir;

- E diante de uma maior capacidade em compreender o outro e estabelecer relações empáticas, menor é o sentido de vazio interior e da fragilidade estrutural.

Pelas correlações fracas (Azul e Violeta com correlação negativa e fraca; Verde e Violeta com negativa e fraca; Marrom e Preto com positiva e fraca), pode-se supor que:

- Com o aumento dos mecanismos de controle e repressão, e com uma maior capacidade em compreender o outro e estabelecer relações empáticas, menor é o desconforto emocional sentido pelos familiares, com a diminuição da tensão e ansiedade;

- Quando mais energia, ação, produtividade, maior sua função estabilizadora e reguladora.

Por fim, entre as correlações no limite entre fraca e moderada (em formações, há uma correlação positiva com o vermelho e com o cinza; em estruturas, há uma correlação negativa, no limite entre fraca e moderada, com a cor amarela) pode-se supor que:

- Com a elevação dos estados mais excitados, da extroversão, irritabilidade e impulsividade, maior a dificuldade no trato com as emoções e da sensação de insegurança e instabilidade;

- Quanto maior o nível intelectual, menor a sua capacidade de uma extroversão.

Desta forma, de modo geral, pode-se supor que os familiares cuidadores de pacientes em Cuidados Paliativos têm e utilizam seus mecanismos de controle, desenvolvem relações empáticas com o outro e são ativos e produtivos e, quanto mais utilizam estes, menor é o desconforto emocional sentido por eles, com a diminuição da tensão e ansiedade, do sentimento de vazio interior, de insegurança, timidez, da impulsividade e da agressividade.

6 Conclusões

Ao tentar responder o objetivo dessa pesquisa em verificar a vivência afetiva do cuidador familiar de pacientes em Cuidados Paliativos por meio do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister, este estudo trouxe contribuições interessantes. Os principais resultados demonstraram sentimentos semelhantes aos já encontrados em outras pesquisas, como a tensão e ansiedade, sentimento de insatisfação, vazio, medo, insegurança (Araújo et al, 2009; Primio et al, 2010; Guimarães & Lipp, 2011; Magalhães & Franco, 2012; Coelho & Ferreira, 2015; Delalivera et al, 2015; Meneguim & Ribeiro, 2016; Rumpold et al, 2016; Ullrich et al, 2017; Delalibera, Barbosa & Leal, 2018; Gayoso et al, 2018; Espíndola et al, 2018).

Porém também foram sinalizados sentimentos ainda não apontados pela literatura, que era uma suposição desta pesquisa pela utilização de um método projetivo ainda não trabalhado com o grupo alvo. Foram identificados sentimentos de inferioridade e incapacidade, associados à tensão e ao medo do desamparo e de sentir-se indefeso, além de uma fragilidade estrutural, repressão dos afetos, ambivalências e imprevisibilidade de atitudes. Além disso, os familiares cuidadores apresentam habilidades empáticas e aptidão compreender o outro, com componentes importantes que indicam possibilidades melhores de contenção, elaboração e controle. São pessoas ativas, dinâmicas e determinadas, características importantes para a função de cuidar de um familiar com uma doença crônica e não apontadas nas pesquisas anteriores.

Outros dados interessantes estão nas diferenças significantes entre os resultados do PCP e as variáveis da entrevista, que trazem observações novas na literatura e também reforçam achados importantes. Quanto aos dados novos, observa-se que os homens apresentam mais aptidão em compreender uma situação de forma intelectual e emocional simultaneamente e também compreender o outro, possuindo empatia e habilidades relacionais. Já nas mulheres há indicativos mais presentes de ansiedade e tensão. Porém, em ambos, há a presença de componentes de controle e defesa, além de indicativos de certo retraimento social.

Uma observação que se difere das encontradas na literatura diz sobre a vivência dos familiares desempregados, que sugere que estes mostram-se mais angustiados do que os que seguem com a carreira profissional. Aponta também que os familiares que atuam na área da saúde têm mais dificuldade nos relacionamentos, o que leva a um retraimento social. Também observa-se que os familiares de pacientes oncológicos apresentam níveis

de ansiedade e tensão mais elevados que os familiares de pacientes com diagnóstico de Alzheimer. Outro objetivo desta pesquisa era verificar se haviam diferenças na vivência afetiva do familiar cuidador que está em domicílio e de quem está internado em uma instituição hospitalar, e o resultado apontam que não há diferenças realmente significativas entre esses dois grupos.

Dos achados que reforçam os da literatura estão relacionados com a religião e com o apoio social. É possível observar que a religião aparece como uma função que estabiliza a angústia e a tristeza, que auxilia na adaptação a situações vivenciadas pelos familiares, visto que os ateus apresentam indicativos de angústia, depressão e repressão mais acentuados dos que os familiares que se consideram religiosos. E o apoio social, os familiares que não recebem ajuda de terceiros apresentam um quadro mais patológico, com um sentimento de instabilidade, controlado por mecanismos inibitórios que restringem a ação ou mesmo o campo de interesse. Para finalizar, com os achados das correlações, é possível supor que os quando os familiares cuidadores utilizam seus mecanismos de controle, desenvolvem relações empáticas e se mantêm ativos e produtivos, é possível minimizar as angústias e os sofrimentos vivenciados pela sua experiência em cuidar.

Apesar de pouca preparação ou formação específica, os cuidadores familiares desempenham um papel muito importante ao realizar os cuidados físicos e emocionais exigidos por um paciente em situação de doença avançada e para uma ação mais efetiva, os profissionais de saúde precisam conhecer aspectos sobre a vivência afetiva deste público, para assim atender melhor suas necessidades e buscas minimizar o sofrimento existente. Desta forma, esses dados podem ser utilizados como uma referência para oferecer suporte a este público, primeiramente pela identificação do sexo do familiar (mulheres apresentaram níveis mais elevados de ansiedade e tensão), e se está desempregado no momento ou se atua na área da saúde, se seu familiar é um paciente oncológico, se tem religião ou não e se tem suporte de terceiros nos cuidados. Esta pesquisa indicou que os familiares do sexo feminino, desempregadas, com familiares com diagnóstico oncológico, sem religião e sem apoio social são as mais propensas a desenvolver um enfrentamento inadequado a experiência de ser cuidador.

Refletindo sobre as possíveis ações com este público, além do suporte psicológico individual, uma proposta seria a atuação com grupos de apoio formado por estes familiares. A construção de relações empáticas com o outro e manter-se ativo, as angústias, tensões, ansiedades e sentimentos de inferioridade e vazio são minimizados,

sendo mais possível trabalhar os recursos de enfrentamento e controle. Dentro de um grupo de apoio, os participantes podem se identificar com o próximo, sentir-se acolhidos, construir relações de afeto e buscar, pela vivência e experiência do outro, formas de enfrentar as próprias dificuldades. Além de que, para um serviço de Cuidados Paliativos, com atendimentos em grupo, os profissionais podem atender e dar atenção adequada a um público muito mais amplo do que somente com atendimentos individuais. Refletindo sobre a realidade atual dos serviços públicos, oferecer um suporte de saúde aos familiares pode trazer benefícios e minimizar possíveis desdobramentos psiquiátricos, como citado pela pesquisa de Rumpold et al (2016), o qual indica que este público apresenta alto risco de desenvolver transtornos psiquiátricos.

Um dado interessante para ser comentado diz respeito sobre a percepção da importância da comunicação para os próprios participantes. Todos os participantes aceitaram participar da pesquisa e agradeceram pelo espaço de escuta e acolhimento oferecido pela pesquisadora, reforçando a importância da quebra do silêncio que o tema da morte acarreta na nossa sociedade (Coelho e Ferreira, 2015). É na abertura ao diálogo, com uma escuta sensível e atenta, que se traz o alívio e possibilidades aos familiares de falarem sobre a sua experiência e sentimentos. Conforme os achados desta pesquisa, é na construção de uma relação empática com o outro, com a percepção de sentir-se apoiado que é possível reduzir as angústias, tensões e favorecer uma qualidade de vida ao familiar que, como consequência, atinge ao paciente.

“Eu desabafei muito com você, viu? Gostei da conversa e do teste, ele é gostoso de fazer viu? Me aliviou um pouco sabe? Sair daquele quarto... É porque quase não tenho tempo de conversar com alguém sobre o problema dele, do meu pai, às vezes um pouco com meu filho, mas não quero esse peso para ele e...., isso vem me causando uma angústia sabe? (...) Às vezes eu tenho vontade de falar com o meu marido, mas sei lá, ele não se sente muito à vontade para falar sobre isso... então fico quieta, não falo. Então eu gostei, gostei da conversa, do teste, desabafei” (Familiar M4).

7 Considerações Finais

Desta forma, levando-se em conta que este foi um dos primeiros estudos conduzidos com o uso do PCP com os familiares cuidadores de pacientes em Cuidados Paliativos, pode-se concluir que os resultados obtidos foram promissores, elucidando tanto aspectos da vivência afetiva dos familiares, quando a legitimidade do instrumento. Diante disso, ressalta-se a possibilidade do uso do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister como instrumento para este público, dentro do contexto da assistência da saúde. Além de ser lúdico, breve e de fácil aplicação, mostrou-se sensível em identificar as vivências afetivas deste público.

Quanto as limitações deste estudo, o número reduzido da amostra para uma análise quantitativa, pode dificultar a interpretações de alguns dados, especialmente com um número de variáveis elevado (no caso deste estudo, foram seis variáveis selecionadas pela entrevista). Seriam necessários mais estudos com um número elevado de participantes em cada variável para uma análise mais indicativa. Não houve uma comparação entre familiares cuidadores de pacientes em Cuidados Paliativos com familiares cuidadores de pacientes que não estão nos programas de Cuidados Paliativos e, além disso, nesta amostra, os familiares cuidadores participantes são, na grande maioria, cuidadores de pacientes oncológicos e com nível educacional elevado e, possivelmente, isto pode ter influenciado os dados encontrados. Assim são necessários novos estudos na área, que sigam na busca em identificar as vivências afetivas dos familiares cuidadores para tanto fortalecer os resultados aqui relatados quanto encontrar novos, sempre no caminho de buscar um serviço de excelência de promoção de saúde mental para o familiar cuidador, que reverte em um cuidado mais efetivo e promotor de qualidade de vida ao próprio paciente.

8 Referências

- Andrade, L. (2012). Providências práticas para toda a família. In R. T. Carvalho & H. A. Parsons (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (pp. 400-407). Porto Alegre: Sulina.
- Anzieu, D. (1986). *Os métodos projetivos*. (5ª ed). Rio de Janeiro: Campus LTDA.
- Araújo, L.Z.S; Araújo, C.Z.S; Souto, A.K.B.A & Oliveira, M.S. (2009). Cuidador principal de paciente oncológico fora de possibilidade de cura, repercussões deste encargo. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(1), 32-37. doi:10.1590/S0034-71672009000100005.
- Ariès, P. (1981). *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Ariès, P. (2003). *História da morte no Ocidente*. São Paulo: Ediouro Publicações.
- Arrais, R.H. (2018). *Comunicação entre cuidadores familiares e pacientes oncológicos em Cuidados Paliativos: um estudo na perspectiva da Psicologia Analítica*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.
- Back, A. L.; & Arnold, R. M. (2005). Dealing with conflict in caring for the seriously ill “It was just out of the question”. *Jama*, 293(11), 1374-1381.
- Bandeira, D. R., Trentini, C. M., Winck, G. E., & Lieberknecht, L. (2006). Considerações sobre as técnicas projetivas no contexto atual. Em: A. P. P. Noronha, A. A. A. Santos, & F. F. Sisto (Orgs.), *Facetas do fazer em avaliação psicológica*. (pp. 126-139). São Paulo, SP: Vetor.
- Braz, M.S. (2013). *Prevenção de luto complicado em cuidados paliativos: percepções dos profissionais de saúde acerca de suas contribuições nesse processo*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Recuperado de: <https://tede2.pucsp.br/bitstream/handle/15305/1/Mariana%20Sarkis%20Braz.pdf>.
- Borges, M.S. & Mendes, N. (2007). Vivências perante a morte: representações sociais de familiares de pacientes fora de possibilidades de cura. *Revista Mineira de Enfermagem*, 16(2). doi:S1415-27622012000200010.
- Bowlby J. (1985). *Apego e perda: perda, tristeza e depressão*. São Paulo, Martins Fontes.
- Bussab, W. O. e Morettin, P. A. (1987). *Estatística Básica*. 4ª ed. São Paulo: Atual Editora.

- Calais, S.L. (2007). Delineamento de levantamento ou Survey. In M.N. Baptista & D.C. Campos (orgs.). *Metodologia de pesquisa em ciências: análise quantitativa e qualitativa*. (pp. 81-89). Rio de Janeiro: LTC.
- Campos, E. M. P. (1994). O paciente terminal e a família. In M. M. M. J. Carvalho (org.), *Introdução à Psiconcologia*. Campinas: Editorial Psy II.
- Carlet, J.; Thijs, L.G.; Antonelli M.; Cassell, J.; Cox, P.; Hill, N.; Hinds, C.; Pimentel, J.M.; Reinhart, K.; Thompson, B.T. (2004). Challenges in end-of-life care in the ICU. Statement of the 5th International Consensus Conference in Critical Care. *Intensive Care Med*, 30(5), 770-784.
- Chino, F. T. B. d. C. (2012). Plano de Cuidados: cuidados com o paciente e a família. In R. T. Carvalho & H. A. Parsons (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (pp. 392-399). Porto Alegre: Sulina.
- Clark, D. (2014) *Estudos do fim da vida: Mulheres pioneiras no tratamento paliativo do Século XIX*. (Dissertação de mestrado). Universidade de Glasgow, Glasgow, Reino Unido.
- Coelho, M.E.M. & Ferreira, A.C. (2015). Cuidados paliativos: narrativas do sofrimento na escuta do outro. *Revista. Bioética*, 23(2), 340-348. doi:10.1590/1983-80422015232073.
- Cortes, C. C. (1988). Historia y desarrollo de los cuidados paliativos. In G. S. Marcos (Org.), *Cuidados paliativos y intervención psicosocial en enfermos de câncer* (pp. 17-21). Las Palmas: ICEPS.
- Costa, E. M. S. (2005). *A Velhice em Cena*. São Paulo: Ágora.
- Cozby, P.C. (2009). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Atlas.
- Cuidados paliativos (2014). *Órgão Oficial da Associação Portuguesa de Cuidados Paliativos*. Porto, Portugal. Recuperado de: https://www.apcp.com.pt/uploads/revista_cp_vol_1_n_1.pdf
- Curtis, J. R; & White, D.B. (2011). Practical Guidance for Evidence-Based ICU Family Conferences. *Chest*, 134, 835-843. Recuperado de: <http://chestjournal.chestpubs.org>.
- Delalibera, M.; Presa, J.; Barbosa, A. & Leal, I. (2015). Sobrecarga no cuidar e suas repercussões nos cuidadores de pacientes em fim de vida: revisão sistemática da literatura. *Ciência Saúde coletiva*, 20(9), 2731-2747.
- Delalibera, M.; Barbosa, A. e Leal, I. (2018). Circunstâncias e consequências do cuidar: caracterização do cuidador familiar em cuidados paliativos. *Ciência Saúde Coletiva*,

23(4), 1105-1117. doi: 10.1590/1413-81232018234.12902016.

Espíndola, A.V.; Quintana, A.M.; Farias, C.P. e Munchen, M.A.B. (2018). Relações familiares no contexto dos cuidados paliativos. *Revista Bioética*, 26(3). doi: 10.1590/1983-80422018263256.

Fernandes, O.M.; Alarcão, M. & Raposo, J.V. (2007). *Posição na fratria e personalidade*. Campinas: Estud. Psicol.

Ferrario S.R.; Cardillo V.; Vicario F.; Balzarini E. & Zotti A.M. (2004). Advanced cancer at home: caregiving and bereavement. *Palliat Med*, 18(2), 129-136.

Fonseca J. & Fonseca M. (2002). Luto antecipatório. In: Franco MHP, organizador. *Estudos avançados sobre o luto*. (pp. 69-94). Campinas: Livro Pleno.

Formiga, N.S. & Mello, I., (2000). Testes psicológicos e técnicas projetivas: uma integração para um desenvolvimento da interação interpretativa indivíduo-psicólogo. *Psicologia ciência e profissão*, 20(2), 1414 – 1493.

Foucault, M. (1979). O nascimento do hospital. In *Microfísica do poder* (pp. 99-111). Rio de Janeiro: Graal.

Franco, M.H.P. (2002). *Estudos Avançados sobre o Luto*. Campinas: Livro Pleno.

Franco, C.R.R. e Villemor-Amaral, A.E. (2012). Validade incremental de Zulliger e do Pfister no contexto da toxicomania. *Psico-USF*, 17(1). doi: 10.1590/S1413-82712012000100009.

Gauer, G.J.C.; Franco, R.S.; Zogbi, H.; Marini, P.A.; Diefenthaler, E.C. & Neto, A.C. (2006). Estratégias dos profissionais de saúde para cuidar dos que cuidam. *Bioética*, 14(2), 171-180.

Gayoso, M.V.; Avila, M.A.G.; Silva, T.A. e Alencar, R.A. (2018). Nível de conforto de cuidadores de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 26(9). doi:10.1590/1518-8345.2521.3029.

Geovanini, F. C. M. (2011). *Notícias que (des) enganam: o impacto da revelação do diagnóstico e as implicações éticas na comunicação de más notícias para pacientes oncológicos*. (Dissertação de mestrado). Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. Recuperado de: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/12817>

Guimarães, C.A. & Lipp, M.E.N. (2011). Um olhar sobre o cuidador de pacientes oncológicos recebendo cuidados paliativos *Psicologia: Teoria e Prática*, 13(2). Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872011000200004.

- Given, B.A., Given, C.W. & Kozachik, S. (2001). Family Support in Advanced Cancer. *A Cancer Journal for Clinicians*, 51(1), 213-231. doi: 10.3322/canjclin.51.4.213.
- Hermes, H.R. & Lamarca, I.C.A. (2013). Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9). doi: 10.1590/S1413-81232013000900012.
- Heyland, D.K.; Rocker, G.M.; O'Callaghan, C.J.; Dodek, P.M.; Cook, D.J. (2003). Dying in the ICU: perspectives of family members. *Chest*, 124(1), 392-397.
- Holland, J. C. (2002). History of psycho-oncology: overcoming attitudinal and conceptual barriers. *Psychosomatic Medicine*, 64(2), 206-221.
- Hudson, P. & Payne, S. The future of family caregiving: research, social policy and clinical practice. In: Hudson P, Payne S, editors. *Family Carers in Palliative Care: A Guide for Health and Social Care Professionals*. New York: Oxford University Press, 277-303.
- Inocenti, A., Rodrigues, I. G., & Miaso, A. I. (2009). Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 11(4), 858-865.
- Instituto Nacional do Câncer. (2018). *Cuidados Paliativos*. Rio de Janeiro. Recuperado de: www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento/cuidados_paliativos
- Kovács M. J.(1992). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lampert, C.D.T. e Scortegagna, S.A. (2018). Empatia em cuidadores de idosos por meio do Teste Pfister. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 70(1). Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672018000100014.
- Lilienfeld, S.O., Wood, J.M. & Garb, H.N. (2000). The scientific status of projective techniques. *Psychological Science in the Public Interest*, 1(2), 27-66.
- Lisboa, A.V. & Carneiro, T.F. (2005). Quando o adoecimento assombra e une o grupo familiar. *Revista de psicanálise*, 184(18), 40-48.
- Loscalzo, M. J. (2008). Palliative care and psychosocial contributions in the ICU. *American Society of Hematology*, 148(1), 481-490. doi: 10.1182/asheducation-2008.1.481.
- Maciel, M. G. S. (2008). Definições e princípios. In: Oliveira, R.A. (Coord.). *Cuidado paliativo*. (pp. 15-33). São Paulo: Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo.
- Magalhães, S.B. & Franco, A.L.S. (2012). Experiência de profissionais e familiares de

pacientes em cuidados paliativos. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 64(3). Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-526720120003000007.

Marchi, J.A.; Carreira, L. & Sales, C.A. (2015). Ser cuidador de familiar com câncer e dependente: um olhar para a temporalidade. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 17(3). Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v17i3.29276>.

Matsumoto, D. Y. (2012). Cuidados paliativos: conceito, fundamentos e princípios. In R. T. Carvalho & H. A. Parsons (Eds.), *Manual de cuidados paliativos ANCP* (pp. 23- 30). Porto Alegre: Sulina.

Melo, A.G.C. & Caponero, R. (2009). Cuidados paliativos: abordagem contínua e integral. In: Santos FS, organizador. *Cuidados paliativos: discutindo a vida, a morte e o morrer* (pp. 259-268). São Paulo: Atheneu.

Meneguín, S. e Ribeiro, R. (2016). Dificuldades de cuidadores de pacientes em cuidados paliativos na estratégia da saúde da família. *Texto e Contexto – Enfermagem*, 25(1). doi: 10.1590/0104-0707201500003360014.

Meyer, E. C. (2004). On speaking less and listening more during end-of-life family conferences. *Critical Care Med*, 32 (7), 1609-1611.

Ministério da Saúde (2012). *Conselho Nacional da Saúde: Resolução nº 466*, Brasília. Recuperado de: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

Miguel, F.K.; Zuanazzi, A.C. e Villemor-Amaral, A.E. (2017). Avaliação de aspectos da Inteligência Emocional nas Técnicas de Pfister e Zulliger. *Trends in Psychology*, 25(4), 1853-1862. Doi:10.9788/tp2017.

Munhoz, B. A., Paiva, H. S., Abdalla, B. M. Z., Zaremba, G., Rodrigues, A. M. P., Carretti, M. R. & Giglio, A. d. (2014). De um lado ao outro: o que é essencial? Percepção dos pacientes oncológicos e de seus cuidadores ao iniciar o tratamento oncológico e em cuidados paliativos. *Einstein*, 485-491. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/eins/2014nahead/pt_1679-4508-eins-12-3-1679-45082014RC3091.pdf.

Neimeyer, R.A & Burke LA. (2012). Complicated grief and the end-of-life: Risk factors and treatment considerations. In: Neimeyer RA, Burke LA, editors. *Counseling clients near the end-of-life*. (pp. 205-228). New York: Springer.

Newman, T.B.; Browner, W.S.; Cummings S.R. & Hulley, S.B. (2008). Delineando estudos transversais e de caso-controle. In: Hulley, S.B.; Cummings, S.R. Browner, W.S.,

- Grandy, D. G., & Newman, T.B. *Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica* (pp. 260-284). Ed. Porto Alegre: Artmed.
- Nogueira, T.G. (2013). O Teste de Pfister na avaliação de depressão e ansiedade em universitários: evidências preliminares. *Boletim de Psicologia*, 63(138). Recuperado de: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0006-59432013000100003.
- Oliveira, E.B.S. & Sommerman, R.D.G. (2008). A família hospitalizada. In: Romano, B. W. (Org.). *Manual de psicologia clínica para hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Oliveira-Cardoso, E.A. e Santos, M.A. (2014). Psicodinâmica dos transtornos alimentares: indicadores do Teste das Pirâmides Coloridas de Pfister. *Psico-USF*, 19(2), 209-220. doi:10.1590/1413-82712014019002006.
- Organização Mundial da Saúde (2002). *Programas nacionais de controle ao câncer: políticas e diretrizes gerenciais*. Genebra, Suíça. Recuperado de: <https://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>.
- Pinto, E. (2014). Conceitos fundamentais dos métodos projetivos. *Ágora: Estudos em Teoria Psicanalítica*, 17(1). doi: 10.1590/S1516-14982014000100009.
- Pessini L & Bertachini L (2004). *Humanização e cuidados paliativos*. São Paulo: Edunisc-Edições Loyola.
- Pochard, F.; Azoulay, E.; Chevret, S.; Lemaire, F.; Hubert, P.; Canoui, P.; Grassina, M.; Zittoun, R.; Gall, J.R.; Dhainaut, J.F.; Schlemmer, B. (2001). Symptoms of anxiety and depression in family members of intensive care unit patients: ethical hypothesis regarding decision-making capacity. *Critical Care Med*, 29 (10), 1893-1897.
- Primio, A.O.; SchwartzII, E.; BielemannIII, V.L.M.; BurilleI, A.; Zillmer, J.G.V.; & Feijó, A.M. (2010). Rede social e vínculos apoiadores das famílias de crianças com câncer. *Texto contexto – enfermagem*, 19(2), 334-342. doi: 10.1590/S0104-07072010000200015.
- Rait, D. S., & Lederberg, M. (1989). The family of the cancer patient. In J. Holland & J. H. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology* (585-597). New York: Oxford University Press.
- Rait, D. S. (2015). A Family-Centered Approach to the Patient with Cancer. In J. C. Holland, W. S. Breitbart, P. B. Jacobsen, M. J. Loscalzo, R. McCorkle, & P. N. Butow (Eds.), *Psycho-Oncology* (pp. 561-566): Oxford University Press.
- Rumpold, T.; Schur, S.; Amering, M.; Kirchheiner, M.; Masel, E.K.; Watzke, H.; Schrank, B. (2016). Cuidadores informais de pacientes com câncer em estágio

avanzado: cada segundo está em risco de morbidade psiquiátrica. *Cuidados no Suporte ao Câncer*, 24(5), 1975-1982.

Saunders, C. (1991). *Hospice and palliative care: An interdisciplinary approach*. London: Edward Arnold.

Scaduto, A.A. (2016). *O Teste de Apercepção Temática (TAT) em adultos: Dados normativos para o sistema morvaliano* (Tese de Doutorado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Schneider, CM; Medeiros, LG. (2011). Criança hospitalizada e o impacto emocional gerado nos pais. *Unoesc & Ciência – ACHS*, 2(2), 140-154.

Silva, C.N. (2001). *Como o câncer (des)estrutura a família*. São Paulo: Annablume.

Silva, M. J. P. d., & Araújo, M. M. T. d. (2012). Comunicação em Cuidados Paliativos. In R.T. Carvalho & H. A. Parsons (Eds.), *Manual de Cuidados Paliativos ANCP* (75-85). Porto Alegre: Sulina.

Silva, M. M. d., Moreira, M. C., Leite, J. L., & Erdmann, A. L. (2012). Análise do cuidado de enfermagem e da participação dos familiares na atenção paliativa oncológica. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 21(3), 658-666.

Silveira, D.T., & Córdova, F.P. (2009). A pesquisa científica. In: T.E. Gerhardt, & D.T. e Silveira (orgs). *Metodologia de Pesquisa* (pp. 31-42). Porto Alegre-RS: Editora da UFRGS.

Sisto, F.F. (2007). Delineamento Correlacional. In M.N. Baptista & D.C. Campos (Orgs), *Metodologias de Pesquisa em ciências: análises quantitativa e qualitativa* (pp. 90 - 101). Rio de Janeiro: LTC.

Ullrich, A.; Ascherfeld, L.; Marx, G.; Bokemeyer, C.; Bergelt, C.; Oechsle, K. (2017). Qualidade de Vida, sobrecarga psicológica, necessidade e satisfação em cuidadores familiares de pacientes com câncer avançado no programa de cuidados paliativos. *Cuidados Paliativos BMC*, 31(16), 13-26.

Vara, L.R.A. (1996). *Relação de ajuda à família da criança hospitalizada com doença de mau prognóstico num serviço de pediatria*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.

Venegas, M.E.; & Alvarado, O.S. (2010). Fatores relacionados com a qualidade do processo de morrer em pacientes com câncer. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 18(4). doi: 10.1590/S0104-11692010000400010.

Villemor-Amaral, A.E. (2005). *As Pirâmides Coloridas de Pfister*. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.

Villemor-Amaral, A.E. (2012). *As pirâmides coloridas de Pfister*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Villemor-Amaral, A.E. (2014). *As pirâmides coloridas de Pfister: versão para crianças e adolescentes*. São Paulo: Pearson Clinical Brasil.

Villemor-Amaral, F. (1978). *Pirâmides coloridas de Pfister*. Rio de Janeiro: CEPA.

ANEXO A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Isadora Cocenza, sou mestranda do Programa de Pós-Graduação pelo Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano (PSA) do Instituto de Psicologia da USP e estou realizando uma pesquisa científica, sob orientação da profa. Dra. Helena Rinaldi Rosa, com o objetivo de estudar a vivência de familiares de pacientes em Cuidados Paliativos exclusivos, pelo uso de dois testes: Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister e o Teste de Apercepção Temática (TAT). Estes testes são utilizados para auxiliar na compreensão de características da personalidade e da vivência atual do familiar. A atividade a ser realizada é simples, consiste em manipular quadrículos coloridos de forma a montar três pirâmides com eles e inventar histórias a respeito de três figuras.

A aplicação destes instrumentos normalmente não causa desconforto para os participantes e somente será realizada se houver concordância dos mesmos. Os riscos são mínimos, pois são consideradas atividades lúdicas e não ultrapassará o tempo limite de 60 minutos. A atividade poderá ser interrompida a qualquer momento, pelo participante ou pelo pesquisador, se desejando ou estiver havendo qualquer dano ao mesmo. Caso haja qualquer dificuldade será oferecido atendimento aos participantes, na própria instituição ou onde for mais conveniente e/ou possível.

Os benefícios aos participantes envolvem a possibilidade de falar e serem escutados na sua vivência de um luto familiar, além de ser oferecida uma sessão devolutiva dos resultados, possibilitando melhor compreensão da sua própria vivência e, se necessário, os encaminhamentos adequados. As informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros participantes, não sendo divulgada a identificação de nenhum participante da pesquisa, garantindo absoluto SIGILO de dados pessoais.

A colaboração é muito importante, porém, NÃO É OBRIGATÓRIA. Caso você não queira participar, sinta-se à vontade para recusar ou devolver esta folha em branco.

Não há despesas pessoais para o participante, porém em caso de despesas e/ou danos decorrentes da sua participação na pesquisa, haverá indenização e/ou ressarcimento dos custos.

A pesquisadora se compromete a utilizar os dados e o material coletado somente para fins de pesquisa, cujos resultados grupais poderão ser publicados ou apresentados

em Congressos Científicos.

Caso tenha alguma dúvida com relação ao presente projeto, disponibilizo os contatos da pesquisadora responsável, Isadora Bassi Cocenza, mestrande do Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano (PSA), do Instituto de Psicologia da USP, pelo telefone (11) 96577-4120, e e-mail: isacocenza@hotmail.com.

A respeito de questões éticas, o contato do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IPUSP é: Av. Professo Mello Moraes, 1721 – Bloco G, 2º andar, sala 27, CEP 05508-203 – Cidade Universitária – São Paulo/SP. O atendimento é de segunda a sexta-feira, das 08h30min às 12h e das 14h às 16h.

Caso concorde em participar deste estudo, rubrique a primeira página e assine ao final deste documento, que consta em duas vias, sendo que uma via ficará com o participante e outra com o pesquisador.

Concordo com a minha participação nesta pesquisa:

Nome: _____

Data de nascimento:

Assinatura do participante
responsável

Assinatura pesquisadora

ANEXO C

Dados da entrevista, aplicação e correção do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister dos 30 participantes.

Participante 1:

Homem, 40 anos, casado, com dois filhos, pós-graduado, publicitário e católico. Seu pai teve dois acidentes vasculares encefálicos (AVC) e apresenta sequelas importantes. Está internado em uma instituição hospitalar há 10 meses para acompanhamento paliativo. R. relata que seu pai era independente antes do AVC e com o ocorrido foi abandonado pela esposa e ele acabou assumindo a responsabilidade dos cuidados. Têm outros dois irmãos, mas moram no exterior. R. vive e trabalha em uma cidade diferente daquela em que seu pai está hospitalizado, porém permanece como o principal cuidador. Relata sentir-se cansado e sobrecarregado com as responsabilidades, mas verbaliza que tem o auxílio da sua esposa nos cuidados com o seu pai.

Análise Pirâmides Coloridas de Pfister:**Frequência das cores do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de R.**

CORES	DADO	ESPERADO	RESULTADO
Azul	24.44	18.1	Elevado
Vermelho	11.11	13.6	Média
Verde	26.67	19.7	Elevado
Violeta	8.89	8.5	Média
Laranja	8.89	10.8	Média
Amarelo	4.44	9.5	Baixo
Marrom	6.67	4	Média
Preto	4.44	4.5	Média
Branco	2.23	8.3	Média
Cinza	2.23	2.9	Média

Síndromes do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de R.

Síndromes	Dado	Esperado	Resultado
Normal	62.22	51.4	Elevado
Estímulo	24.44	33.9	Baixo
Fria	60	46.3	Elevado
Incolor	8.9	15.7	Média

Aspecto Formal do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de R.

I	Camada monocromática
II	Tapete furado
III	Tapete com início de ordem

Fórmula cromática: Ampla e Flexível.

Análise do resultado:

Iniciando a análise pelo aspecto formal, R. iniciou a construção com a camada monocromática, o que sugere um nível não satisfatoriamente amadurecido no trato com as emoções e manejos defensivos. Porém sua última pirâmide foi tapete com início de ordem, o que sugere melhores possibilidades de adaptação e busca de equilíbrio emocional, mesmo que ainda não suficientemente desenvolvidas. Ou seja, R. pode sofrer um impacto inicial e demorar para organizar ou mobilizar suas defesas eficazes, mas aos poucos encontrou recursos internos para enfrentar a situação de modo mais amadurecido.

No que diz respeito às cores, há um aumento nas cores Azul e Verde. Azul está relacionada com a capacidade de controle e adaptação. Considerando que a soma das cores Az4 e Az3 foi mais elevada que Az1 e Az2, indica possibilidade de regular ou estabilizar aspectos mais impulsivos ou excitados, sendo indício de emoção bem controlada. Verde está relacionada com a capacidade de elaboração e de habilidade relacionais, empatia. Porém esta cor se manifestou em grande quantidade, o que pode indicar sobrecarga de estimulação, podendo gerar ansiedade e provocar ruptura do equilíbrio interno. Ao lado desses dados, tem-se o rebaixamento do Amarelo, que poderia indicar uma dificuldade em canalizar e expressar suas emoções de maneira adequada.

No que diz respeito às síndromes, observa-se a normal elevada, o que indicaria uma capacidade de manter uma conduta normal e adaptada, decorrente de certa estabilidade e equilíbrio emocional; a de estímulo está rebaixada, o que poderia indicar uma dificuldade na capacidade de extroversão e de contato afetivo e social; a fria elevada, principalmente em decorrência do azul e do verde; e a incolor na média, o que poderia indicar uma boa capacidade em negar, atenuar ou reprimir seus estímulos. Finalizando pela análise da fórmula cromática, há a Ampla e Flexível, o que denota capacidade de ajustamento em virtude da flexibilidade, indicando maturidade.

Participante 2:

Mulher, 40 anos, casada, uma filha de dois anos, pós-graduada, fonoaudióloga e católica. Sua mãe foi diagnosticada com câncer de mama no final de 2013, ela fez duas cirurgias para retirada do tumor (retirou uma mama e fez o quadrante da outra mama). Porém, no final de 2017, ela descobriu tumores nos ossos, na pleura e na tireoide. Foi realizada cirurgia para retirada o tumor da tireoide e quimioterapia, porém com pouca

resposta. Há um ano, ela se encontra em regime de Cuidados Paliativos, recebendo atendimento ambulatorial. A. relata que é um momento muito difícil para ela, tanto emocionalmente como pela própria rotina. Refere que, por ser filha única, tem a responsabilidade de cuidar dela, de auxiliá-la e acompanhá-la em todas as consultas, no pré e pós-operatórios. E com o nascimento da sua filha, ela se sente mais sobrecarregada e esgotada física e emocionalmente.

Análise Pirâmides Coloridas de Pfister:

Frequência das cores do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de A.

CORES	DADO	ESPERADO	RESULTADO
Azul	11.11	18.1	Baixo
Vermelho	8.89	13.6	Baixo
Verde	0	19.7	Baixo
Violeta	46.67	8.5	Elevado
Laranja	11.11	10.8	Média
Amarelo	22.22	9.5	Elevado
Marrom	0	4	Média
Preto	0	4.5	Média
Branco	0	8.3	Baixo
Cinza	0	2.9	Média

Síndromes do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de A.

Síndromes	Dado	Esperado	Resultado
Normal	20	51.4	Baixo
Estímulo	42.22	33.9	Elevado
Fria	57.78	46.3	Elevado
Incolor	0	15.7	Baixo

Aspecto Formal do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de A.

I	Camada multicromática
II	Camada multicromática
III	Camada multicromática

Fórmula cromática: Restrita e Instável.

Análise do resultado:

Verifica-se que nas três pirâmides há uma repetição da mesma forma de construção, de camada multicromática. As formações em camadas representam um nível não satisfatoriamente amadurecido do trato com as emoções e nos manejos defensivos.

No que diz respeito às cores, chama a atenção um aumento significativo na cor Violeta. Esta cor está ligada à tensão e ansiedade e, no caso de A., o número de Vi1 e Vi3 são igualmente elevados. O primeiro indicaria uma ansiedade vinculada ao medo do

desamparo e de sentir-se indefeso. Já o segundo, indicaria que há possibilidades melhores de contenção e elaboração da ansiedade (em função da predominância do azul neste tom). Também observa-se um aumento do Amarelo, que está relacionado com a extroversão. Seu aumento pode indicar um exagero das manifestações afetivas, menos espontâneas, mais estilizadas e superficiais, podendo ocorrer em extratensivos (afetividade instável, sentimento à frente do pensamento, pessoas que são guiadas pelas suas emoções, que projetam para o externo) bastante subordinados às exigências externas. Pode significar também estrutura pouco sólida e baixa tolerância à frustração.

Ao lado desses dados, tem-se o rebaixamento das cores Azul, Vermelho, Verde e Branco. O azul está relacionado com a capacidade de controle e adaptação. Porém a única tonalidade presente foi o Az4, o que pode sugerir uma possibilidade de regular aspectos mais impulsivos. O vermelho é o representante de estados mais excitados como a extroversão, à irritabilidade, à impulsividade e à agressividade. Seu rebaixamento é raro, e no caso de A., este é compensado pela presença de cores estimulantes, como o amarelo. Porém seu rebaixamento pode levar a hipótese de labilidade emocional, enfraquecimento da possibilidade de descarga emocional, de realização ou de retraimento defensivo como fuga do mundo exterior. O verde é considerado a cor que mais se relaciona à esfera do contato e dos relacionamentos afetivos e sociais. No caso de A., esta cor é ausente nas pirâmides, o que poderia indicar uma dificuldade importante de adaptação ao ambiente, podendo estar relacionada a um enrijecimento afetivo, ou por uma atitude padronizada ou estereotipada de colocar-se no mundo.

No que diz respeito às síndromes, observa-se a normal baixa, que poderia indicar uma dificuldade em manter uma conduta adaptada, em decorrência de certa instabilidade e desequilíbrio emocional; o estímulo elevado, o que poderia indicar uma tendência ao egocentrismo e a desadaptação; e a fria elevada, pelo fato do aumento do Vi. Finalizando pela análise da fórmula cromática, há a Restrita e Instável, o que aponta significativamente para um sentimento de instabilidade controlado por mecanismos inibitórios que restringem a ação ou mesmo o campo de interesse.

Participante 3:

Mulher, 30 anos, solteira, sem filhos, pós-graduada, terapeuta ocupacional e católica. Seu pai faleceu em 2013 e desde então sua mãe tem apresentado problemas emocionais, como depressão e, em 2017, teve dois episódios de AVCs e diagnosticado

um melanoma. A médica informou que ela não tinha indicação de tratamento com finalidade curativa e passou a receber atendimento ambulatorial de Cuidados Paliativos. E. recebe ajuda do irmão nos cuidados com a mãe e se emociona no relato, verbalizando ser um momento muito difícil, primeiro pela perda do pai e agora pela proximidade da morte de sua mãe.

Análise Pirâmides Coloridas de Pfister:

Frequência das cores do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de E.

CORES	DADO	ESPERADO	RESULTADO
Azul	11.11	18.1	Baixo
Vermelho	28.89	13.6	Elevado
Verde	4.44	19.7	Baixo
Violeta	26.67	8.5	Elevado
Laranja	2.23	10.8	Baixo
Amarelo	2.23	9.5	Baixo
Marrom	2.23	4	Média
Preto	0	4.5	Média
Branco	22.22	8.3	Elevado
Cinza	0	2.9	Média

Síndromes do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de E.

Síndromes	Dado	Esperado	Resultado
Normal	44.44	51.4	Média
Estímulo	33.35	33.9	Média
Fria	42.44	46.3	Média
Incolor	22.22	15.7	Elevado

Aspecto Formal do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de E.

I	Tapete com início de ordem
II	Camada multicromática
III	Estrutura em escada

Cores por Dupla

Vm+ Vi+

Vm+ Br+

Vd- Vm+

Fórmula cromática: Ampla e Instável.

Análise do resultado:

E. iniciou a construção das pirâmides com o tapete com início de ordem, que significa melhores possibilidade de adaptação e busca de equilíbrio emocional, embora

não suficientemente desenvolvidas. Na sequência, sua construção foi em camada multicromática, que representaria maior dificuldade no trato das emoções e, finalizou com a construção de uma estrutura em escada, que corresponde a estados conflitivos atuais que comprometem o equilíbrio emocional, apontando para um sentimento de eminente perda de equilíbrio emocional decorrente de fragilidade nos esquemas defensivos. A construção desta última foi com as cores Branco e Vermelha, cores que se mostram elevadas no teste. O uso do branco, em quantidades elevadas, aponta para uma vulnerabilidade e ausência de suficientes mecanismos de controle. Impulsividade ou reações imprevisíveis também se associam ao aumento do branco, especialmente se acompanhadas do aumento do vermelho e diminuição do azul, como é o caso. A cor vermelha é representante de estados mais excitados como a extroversão, irritabilidade, impulsividade e agressividade, principalmente se aumentado em função da tonalidade Vm2, como é o caso de E. Esse significado é mais verdadeiro quando este aumento é acompanhado de uma diminuição de controle emocional, tais como o uso do Azul, como também é o caso. Além dessas cores, o Violeta também aparece elevado e esta cor está ligada à tensão e ansiedade. No caso de E., o número de Vi1 e Vi2 são igualmente elevados. O primeiro indicaria uma ansiedade vinculada ao medo do desamparo e de sentir-se indefeso. E o segundo, insatisfação, medo e imprevisibilidade de atitudes. Nas cores com baixa frequência há o Azul, que, como já apontado, pode sugerir um controle inadequado dos aspectos mais impulsivos; o rebaixamento do Verde, que é considerado a cor que mais se relaciona à esfera do contato e dos relacionamentos afetivos e sociais, poderia indicar certa insensibilidade emocional diminuindo a abertura para os relacionamentos e levando a um retraimento social. A laranja e o amarelo também vêm rebaixados, o que pode representar dificuldade em canalizar e expressar emoções de maneira adequada.

No que diz respeito às síndromes, a normal, estímulo e fria estão na média, indicando conduta adaptada, uma capacidade de extroversão e de contato afetivo e social adequados; incolor elevada, em função do branco, o que poderia sugerir fragilidade e insegurança. Finalizando pela análise da fórmula cromática, há a Ampla e Instável, o que indica instabilidade, ainda com esforço de adaptação. Tais fórmulas estão relacionadas com a instabilidade, com a inquietação ou simplesmente com um dinamismo criador.

Participante 4:

Mulher, 21 anos, solteira, sem filhos, estudante de pedagogia, católica. Seu pai foi diagnosticado com câncer de estômago há quatro anos. Na época realizou tratamento com Quimioterapia e Cirurgia. Há um ano, recebeu o diagnóstico de metástase no pulmão e na pleura. C. conta que tem uma relação difícil com o pai, apesar de amá-lo muito. Relata que seus pais se separaram há seis anos, por uma traição do mesmo, e desde então tem ressentimentos com ele e com sua nova esposa. Afirma ter diagnóstico de depressão e que está em acompanhamento psicológico e psiquiátrico. Seu pai está internado em uma clínica de Cuidados Paliativos há quatro meses e ela é a única responsável pelos cuidados com o pai.

Análise Pirâmides Coloridas de Pfister:**Frequência das cores do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de C.**

CORES	DADO	ESPERADO	RESULTADO
Azul	28.89	18.1	Elevado
Vermelho	15.56	13.6	Média
Verde	15.56	19.7	Média
Violeta	17.78	8.5	Elevado
Laranja	6.67	10.8	Média
Amarelo	13.33	9.5	Elevado
Marrom	0	4	Média
Preto	0	4.5	Média
Branco	0	8.3	Baixo
Cinza	2.23	2.9	Média

Síndromes do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de C.

Síndromes	Dado	Esperado	Resultado
Normal	60.01	51.4	Elevado
Estímulo	35.56	33.9	Média
Fria	62.23	46.3	Elevado
Incolor	2.23	15.7	Baixo

Aspecto Formal do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de C.

I	Tapete com início de ordem
II	Tapete puro
III	Tapete puro

Cores por Dupla

Az+ Am+

Fórmula cromática: Moderada e Estável

Análise do resultado:

C. iniciou a construção com o tapete com início de ordem, que significa melhores possibilidades de adaptação e busca de equilíbrio emocional, embora não suficientemente desenvolvidas, e finalizou com o tapete puro que, embora reflita menor grau de desenvolvimento emocional ou intelectual, indicaria uma possível adaptação emocional às situações cotidianas com base em um manejo relativamente harmonioso das emoções e sentimentos. O que chama a atenção nesta aplicação é o aumento da síndrome fria, que geralmente é observado em casos mais patológicos, com características esquizoides; e o rebaixamento da síndrome incolor, que é indicativo de falta de recursos estabilizadores.

No que se refere às cores elevadas, C. apresentou as cores Azul, Violeta e Amarelo. A cor Violeta é ligada a tensão e ansiedade. No caso de C., o número de Vi1 e Vi2 são igualmente elevados. O primeiro indicaria uma ansiedade vinculada ao medo do desamparo e de sentir-se indefesa. E o segundo, indicaria insatisfação, medo e imprevisibilidade de atitudes. O aumento do amarelo pode indicar um exagero das manifestações afetivas, menos espontâneas, mais estilizadas e superficiais, podendo ocorrer em extratensivos (afetividade instável, sentimento à frente do pensamento, pessoas que são guiadas pelas suas emoções, que projetam para o externo) bastante subordinados às exigências externas. Pode significar também estrutura pouco sólida e baixa tolerância à frustração. Em contrapartida, C. apresenta também o aumento do Azul, que é a cor do controle e adaptação. Considerado que a soma das cores Az4 e Az3 foi mais elevada que Az1 e Az2, isso indica possibilidade de regular ou estabilizar aspectos mais impulsivos ou excitados representados pelo aumento da cor verde, indício de emoção bem controlada.

Retomando as síndromes, a normal está elevada, o que indicaria a capacidade de manter uma conduta normal e adaptada, decorrente de certa estabilidade e equilíbrio emocional; a de estímulo está na média, o que poderia indicar uma capacidade de extroversão e de contato afetivo e social adequados. Finalizando pela análise da fórmula cromática, há a Moderada e Estável, o que indicaria maior estabilidade, segurança e capacidade de adaptação.

Participante 5:

Mulher, 35 anos, viúva, sem filhos, dona de casa, superior completo, católica. Seu pai foi diagnosticado com Alzheimer há três anos e ela é a principal cuidadora. Ela relata sobre a dificuldade da rotina, principalmente pela evolução da doença e da necessidade de cuidados a todo o momento. Afirma sentir cansaço, físico e mental, insônia, além de dificuldade em realizar atividades de prazer, por não conseguir deixá-lo sozinho e não ter com quem dividir a responsabilidade. Seu pai está no programa de Cuidados Paliativos há um ano após receber diagnóstico de câncer de próstata e recebe atendimento via ambulatorio.

Análise Pirâmides Coloridas de Pfister:**Frequência das cores do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de M.**

CORES	DADO	ESPERADO	RESULTADO
Azul	35.56	18.1	Elevado
Vermelho	15.56	13.6	Média
Verde	6.67	19.7	Baixo
Violeta	13.33	8.5	Média
Laranja	2.23	10.8	Baixo
Amarelo	6.67	9.5	Média
Marrom	13.33	4	Elevado
Preto	0	4.5	Média
Branco	4.44	8.3	Média
Cinza	2.23	2.9	Média

Síndromes do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de M.

Síndromes	Dado	Esperado	Resultado
Normal	57.79	51.4	Média
Estímulo	24.46	33.9	Baixo
Fria	55.56	46.3	Elevado
Incolor	6.67	15.7	Baixo

Aspecto Formal do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de M.

I	Camada multicromática
II	Camada multicromática
III	Tapete desequilibrado

Cores por Dupla

Vd- Az+

Fórmula cromática: Amplo e Instável

Análise do resultado:

Iniciando a análise pelo aspecto formal, verifica-se que M. iniciou a construção em camada multicromática, que representa um nível não satisfatoriamente amadurecido no trato com as emoções e nos manejos defensivos e finalizou com o tapete desequilibrado, cujo significado se vincula a perturbações emocionais mais graves, refletindo desequilíbrio e desadaptação ao ambiente em virtude de turbulência afetiva em presença de conflitos acentuados. Neste caso, é possível supor que defesas mais superficiais não se mantêm e tendem a se esgotar diante da intensa estimulação, revelando maior fragilidade ou inconsistência dos mecanismos defensivos.

No que se refere às cores, se observa aumento na cor Azul, que, no caso de M., a soma das cores Az4 e Az3 foi mais elevada que Az1 e Az2, indicando possibilidade de regular ou estabilizar aspectos mais impulsivos ou excitados representados pelo aumento da cor verde, indício de emoção bem controlada. Aumento do Marrom, que está relacionada à extroversão e representa energia, ação e dinamismo, pode aparentar firmeza, determinação e independência, porém como uma atitude reativa à necessidade de amparo, proteção e sentimento de inferioridade. Nas cores com baixa frequência, há o Verde que é considerado a cor que mais se relaciona à esfera do contato e dos relacionamentos afetivos e sociais e sua diminuição pode indicar certa instabilidade emocional, diminuindo a abertura para os relacionamentos e levando a um retraimento social. A cor Laranja está relacionada com a ambição, anseios de produção e desejo de se fazer valer pela produtividade, porém, seu rebaixamento pode revelar repressões, inibições, influenciabilidade, passividade ou submissão.

Sobre as síndromes, a normal está na média, o que indicaria a capacidade de manter uma conduta normal e adaptada, decorrente de certa estabilidade e equilíbrio emocional e capacidade de extroversão e de contato afetivo e social; a de estímulo está rebaixada, o que poderia indicar uma dificuldade na capacidade de extroversão e de contato afetivo e social; a fria elevada, principalmente em decorrência do azul; e a incolor, baixa, o que poderia indicar falta de elementos estabilizadores. Finalizando pela análise da fórmula cromática, há a Ampla e Instável, o que indica instabilidade, ainda com esforço de adaptação.

Participante 6:

Homem, 23 anos, solteiro, sem filhos, técnico de informática, ateu. Seu pai foi diagnosticado com câncer de intestino metastático há oito meses. Ele relata ser filho único e que sempre teve uma relação complicada com o pai. Seus pais são separados, porém moram juntos e R1 se incomoda com os conflitos dentro de casa. Verbaliza tristeza pelo diagnóstico do pai, porém afirma que, se pudesse, não teria desejo de se envolver nos cuidados, apesar da ajuda de sua mãe. Seu pai está no programa de Cuidados Paliativos desde o diagnóstico e recebe atendimento domiciliar.

Análise Pirâmides Coloridas de Pfister:

Frequência das cores do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de R1.

CORES	DADO	ESPERADO	RESULTADO
Azul	22.22	18.1	Média
Vermelho	11.11	13.6	Média
Verde	20	19.7	Média
Violeta	8.89	8.5	Média
Laranja	4.44	10.8	Baixo
Amarelo	2.23	9.5	Baixo
Marrom	0	4	Média
Preto	26.67	4.5	Elevado
Branco	4.44	8.3	Média
Cinza	0	2.9	Média

Síndromes do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de R1.

Síndromes	Dado	Esperado	Resultado
Normal	53.33	51.4	Média
Estímulo	17.78	33.9	Baixo
Fria	51.11	46.3	Média
Incolor	31.11	15.7	Elevado

Aspecto Formal do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de R1.

I	Formação simétrica
II	Camada multicromática
III	Formação simétrica

Fórmula cromática: Amplo e Instável

Análise do resultado:

R1 iniciou e terminou suas construções em formação simétrica, que sugere certa insegurança, instabilidade interna e busca de equilíbrio mediante comportamento cauteloso e prudente. Analisando as cores, o que chama a atenção é um aumento

importante da cor Preta, presente das três pirâmides. O seu aumento é mais representativo de repressão ou de inibição. Secundariamente significa angústia e depressão, como consequência do emprego maciço de repressão. Quando aumentado, sua significação está relacionada às defesas contra os estímulos e ao medo do desencadeamento de impulso que conduziriam à perda do equilíbrio.

No que diz respeito às cores de baixa frequência, observa-se a Laranja, que está relacionada com a ambição, anseios de produção e desejo de se fazer valer pela produtividade, porém, seu rebaixamento pode revelar repressões, inibições, influenciabilidade, passividade ou submissão. Observa-se também o amarelo, cuja diminuição pode sugerir uma dificuldade em canalizar e expressar emoções de maneira adequada. No que diz respeito às síndromes, a normal está na média, podendo indicar a capacidade de manter uma conduta normal e adaptada, decorrente de certa estabilidade e equilíbrio emocional; a de estímulo está rebaixada, o que poderia indicar uma dificuldade na capacidade de extroversão e de contato afetivo e social; a fria está na média e a incolor está elevada, o que indicaria fuga de situações afetivas ou estimulantes como tentativa de manutenção de um equilíbrio bastante frágil. Quando mais o seu aumento for em função do Preto, como é o caso de R1, maior será sua função repressora. Finalizando pela análise da fórmula cromática, há a Ampla e Instável, o que indica instabilidade, ainda que com esforço de adaptação.

Participante 7:

Mulher, 32 anos, solteira, sem filhos, atriz, superior incompleto, católica. Sua mãe foi diagnosticada com câncer de mama há 4 anos atrás, realizou o tratamento com quimioterapia, radioterapia e cirurgia. Porém no ano passado, foi descoberta metástase no pulmão e nos ossos, e sua mãe entrou para o programa de Cuidados Paliativos. I. emociona-se no discurso, relatando a dificuldade em cuidar da mãe em um momento como esse. Afirma que sempre foram muito próximas, e que vê-la partindo tem sido muito difícil. Refere sentir-se cansada, chora com muita frequência, porém tem o apoio emocional do namorado, dos amigos e de seu pai. Sua mãe está internada em uma clínica de Cuidados Paliativos.

Análise Pirâmides Coloridas de Pfister:

Frequência das cores do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de I.

CORES	DADO	ESPERADO	RESULTADO
Azul	44.44	18.1	Elevado
Vermelho	20	13.6	Elevado
Verde	2.23	19.7	Baixo
Violeta	13.33	8.5	Média
Laranja	13.33	10.8	Média
Amarelo	0	9.5	Baixo
Marrom	0	4	Média
Preto	0	4.5	Média
Branco	6.67	8.3	Média
Cinza	0	2.9	Média

Síndromes do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de I.

Síndromes	Dado	Esperado	Resultado
Normal	66.67	51.4	Elevado
Estímulo	33.33	33.9	Média
Fria	69	46.3	Elevado
Incolor	6.67	15.7	Baixo

Aspecto Formal do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de I.

I	Camada multicromática
II	Formação simétrica
III	Estrutura assimétrica dinâmica

Cores por Dupla

Vd- Az+

Vd- Vm+

Fórmula cromática: Moderada e Flexível.

Análise do resultado:

I. iniciou a construção pela camada multicromática, que representa um nível não satisfatoriamente amadurecido no trato com as emoções e nos manejos defensivos. Porém sua última construção foi em estrutura assimétrica dinâmica, que é uma construção rara, que se liga à vivacidade de expressão, inteligência, produtividade, criatividade e sensibilidade artística. Ou seja, I. pode ter sofrido um impacto inicial e demorou para organizar ou mobilizar suas defesas, mas encontrou recursos internos para enfrentar a situação de modo mais amadurecido.

No que diz respeito às cores elevadas, observa-se o Azul e Vermelho. O azul está relacionado com a capacidade de controle e adaptação. Considerando que a soma das

cores Az4 e Az3 foi mais elevada que Az1 e Az2, isso indica possibilidade de regular ou estabilizar aspectos mais impulsivos ou excitados, indício de emoção bem controlada. O vermelho é representante de estados mais excitados como a extroversão, à irritabilidade, à impulsividade e à agressividade, principalmente se aumentado em função da tonalidade Vm2, como é o caso de I. Nas cores de baixa frequência, observa-se a Verde, que é considerada a cor que mais se relaciona à esfera do contato e dos relacionamentos afetivos e sociais. Sua diminuição pode indicar certa instabilidade emocional, diminuindo a abertura para os relacionamentos e levando a um retraimento social. A baixa frequência do amarelo pode sugerir uma dificuldade em canalizar e expressar emoções de maneira adequada.

No que diz respeito às síndromes, a normal está elevada, o que indicaria a capacidade de manter uma conduta normal e adaptada, decorrente de certa estabilidade e equilíbrio emocional; a de estímulo está na média, o que poderia indicar capacidade de extroversão e de contato afetivo e social; a fria está elevada, podendo indicar ansiedade, tensão e afastamento de contatos; e a incolor está baixa, o que poderia indicar falta de elementos estabilizadores. Finalizando a análise pela fórmula cromática, há a Moderada e Flexível, o que poderia indicar uma moderação de atitudes e controle, embora esteja presente certa inconsistência de reações.

Participante 8:

Mulher, 38 anos, casada, uma filha, jornalista, superior completo, católica. Sua mãe foi diagnosticada com Alzheimer há dois anos e com câncer de pulmão metastático há um ano. M1 relata sobre a dificuldade em ter ciência do diagnóstico, especialmente do Alzheimer, dizendo que ali percebeu que estava começando a perder a sua mãe. Com o diagnóstico oncológico, M1 afirma que os médicos sempre optaram por uma abordagem paliativa, também levando em consideração do diagnóstico anterior. Sua mãe está internada em uma instituição hospitalar a um mês e recebe auxílio de duas cuidadoras contratadas, que revezam nos cuidados.

Análise Pirâmides Coloridas de Pfister:

Frequência das cores do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de M1.

CORES	DADO	ESPERADO	RESULTADO
Azul	37.78	18.1	Elevado
Vermelho	17.78	13.6	Média
Verde	8.89	19.7	Baixo
Violeta	13.33	8.5	Média
Laranja	8.89	10.8	Média
Amarelo	4.44	9.5	Baixo
Marrom	0	4	Média
Preto	0	4.5	Média
Branco	8.89	8.3	Média
Cinza	0	2.9	Média

Síndromes do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de M1.

Síndromes	Dado	Esperado	Resultado
Normal	65	51.4	Elevado
Estímulo	31	33.9	Média
Fria	60	46.3	Elevado
Incolor	9	15.7	Média

Aspecto Formal do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de M1.

I	Tapete Puro
II	Formação simétrica
III	Estrutura simétrica

Cores por Dupla

Vd- Az+

Fórmula cromática: Moderada e Instável

Análise do resultado:

M1 iniciou a construção pelo tapete puro que, embora reflita menor grau de desenvolvimento emocional ou intelectual, indica uma possível adaptação emocional às situações cotidianas com base em um manejo relativamente harmonioso das emoções e sentimentos. Em seguida, uma formação simétrica, que sugere certa insegurança, instabilidade interna e busca de equilíbrio mediante comportamento cauteloso e prudente. Porém finaliza com a estrutura simétrica, que sugere capacidade cognitiva mais diferenciada e associada a maior equilíbrio emocional e maturidade.

No que diz respeito às cores elevadas, observa-se o Azul, que está relacionado com a capacidade de controle e adaptação. Considerando que a soma das cores Az1 e Az2 foi levemente mais elevada que de Az4 e Az3, poderia indicar mecanismos de controle

insuficientes e que M1 poderia estar sujeita ao descontrole, ainda mais associado a presença de tons mais quentes, como é o caso. Nas cores de baixa frequência, observa-se a Verde, que é considerada a cor que mais se relaciona à esfera do contato e dos relacionamentos afetivos e sociais. Sua diminuição pode indicar certa instabilidade emocional, diminuindo a abertura para os relacionamentos e levando a um retraimento social. A baixa frequência do Amarelo pode sugerir uma dificuldade em canalizar e expressar emoções de maneira adequada.

No que diz respeito às síndromes, a normal está elevada, o que indicaria a capacidade de manter uma conduta normal e adaptada, decorrente de certa estabilidade e equilíbrio emocional; a de estímulo está na média, o que poderia indicar capacidade de extroversão e de contato afetivo e social; a fria está elevada, podendo indicar ansiedade, tensão e afastamento de contatos; e a incolor está na média. Finalizando a análise pela fórmula cromática, há a Moderada e Instável, o que poderia indicar tendência à instabilidade, embora menos acentuada.

Participante 9:

Mulher, 27 anos, casada, sem filhos, publicitária, superior completo, espírita. Sua mãe foi diagnosticada com câncer de intestino há quatro anos, realizou o tratamento com quimioterapia, radioterapia e cirurgia. Porém em 2017, foi descoberto outro câncer primário no Colo do Útero com metástase no fígado, pulmão e útero, e após novas tentativas de tratamento, sua mãe entrou para o programa de Cuidados Paliativos há 1 ano. P. emociona-se no discurso, relatando a dificuldade em cuidar da mãe em um momento como esse, trazendo que morava fora do país, mas que voltou ao Brasil para cuidar dela. Refere sentir-se cansada, sozinha e com saudade do marido (que permaneceu no exterior). Sua mãe está internada em um hospital pelo programa de Cuidados Paliativos.

Análise Pirâmides Coloridas de Pfister:

Frequência das cores do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de P.

CORES	DADO	ESPERADO	RESULTADO
Azul	20	18.1	Média
Vermelho	13.33	13.6	Média
Verde	13.33	19.7	Média
Violeta	26.67	8.5	Elevado
Laranja	4.44	10.8	Baixo
Amarelo	8.89	9.5	Média
Marrom	2.23	4	Média
Preto	4.44	4.5	Média
Branco	4.44	8.3	Média
Cinza	2.23	2.9	Média

Síndromes do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de P.

Síndromes	Dado	Esperado	Resultado
Normal	46.66	51.4	Média
Estímulo	26.66	33.9	Baixo
Fria	60	46.3	Elevado
Incolor	11.11	15.7	Média

Aspecto Formal do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de P.

I	Tapete Desequilibrado
II	Camada Multicromática
III	Tapete com início de ordem

Fórmula cromática: Ampla e Flexível.

Análise do resultado:

P. iniciou a construção pelo tapete desequilibrado, que está vinculado a perturbações emocionais mais graves, refletindo desequilíbrio e desadaptação ao ambiente em virtude de turbulência afetiva em presença de conflitos acentuados. Porém sua última construção foi tapete com início de ordem, que significa melhores possibilidades de adaptação e busca de equilíbrio emocional, embora ainda não suficientemente desenvolvidas.

No que diz respeito às cores elevadas, observa-se somente o Violeta. Esta cor está ligada à tensão e ansiedade. No caso de P., o número de Vi1, Vi2 e Vi3 são igualmente elevados. O primeiro indicaria uma ansiedade vinculada ao medo do desamparo e de sentir-se indefeso. O segundo indicaria insatisfação, medo e imprevisibilidade de atitudes. Nas cores de baixa frequência, observa-se a laranja, que pode revelar repressões, inibições, influenciabilidade, passividade ou submissão.

No que diz respeito às síndromes, a normal está na média, o que indicaria a capacidade de manter uma conduta normal e adaptada, decorrente de certa estabilidade e equilíbrio emocional; a de estímulo está rebaixada, o que poderia indicar uma dificuldade na capacidade de extroversão e de contato afetivo e social; a fria está elevada, podendo indicar ansiedade, tensão e afastamento de contatos; e a incolor está na média. Finalizando a análise pela fórmula cromática, há a Ampla e Flexível, o que poderia indicar uma capacidade de ação e realização mais direcionada a objetivos definidos, apontando certa capacidade de ajustamento em virtude da flexibilidade.

Participante 10:

Mulher, 43 anos, casada, dois filhos, docente em fonoaudiologia, mestre, espírita. Sua mãe foi diagnosticada com Alzheimer há quatro anos, e tem sido acompanhada por cuidadoras desde o seu diagnóstico. M2 relata que, pela sua rotina tem muita dificuldade em cuidar da mãe integralmente, por isso ela, seus três irmãos e as cuidadoras se revezam em relação aos cuidados. Porém se considera como a cuidadora principal, principalmente por trabalhar na área da saúde. Fala sobre as dificuldades que enfrenta com a progressão da doença de sua mãe, especialmente pela memória, que está muito comprometida. Sua mãe está internada em uma instituição hospitalar a 20 dias por um quadro de encefalopatia grave e encontra-se no programa de Cuidados Paliativos há 10 meses, após a mudança da equipe médica.

Análise Pirâmides Coloridas de Pfister:

Frequência das cores do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de M2.

CORES	DADO	ESPERADO	RESULTADO
Azul	33.33	18.1	Elevado
Vermelho	8.89	13.6	Baixo
Verde	4.44	19.7	Baixo
Violeta	11.11	8.5	Média
Laranja	0	10.8	Baixo
Amarelo	22.22	9.5	Elevado
Marrom	0	4	Média
Preto	20	4.5	Elevado
Branco	0	8.3	Baixo
Cinza	0	2.9	Média

Síndromes do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de M2.

Síndromes	Dado	Esperado	Resultado
Normal	46.66	51.4	Média
Estímulo	31.11	33.9	Média
Fria	48.88	46.3	Média
Incolor	20	15.7	Média

Aspecto Formal do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de M2.

I	Camada multicromática
II	Camada monotonal
III	Camada multicromática

Cores por Dupla**Az+ Pr+****Az+ Am+****Vd- Az+****Fórmula cromática:** Moderada e Instável.**Análise do resultado:**

M2 iniciou e finalizou a construção com a mesma estrutura, a camada multicromática e essas formações em camadas representam um nível não satisfatoriamente amadurecido do trato com as emoções e nos manejos defensivos. No que diz respeito às cores elevadas, observa-se o Azul, o Amarelo e o Preto. O azul está relacionado com a capacidade de controle e adaptação. Considerando que, no caso de M2 a única tonalidade utilizada foi o Az1, o que pode sugerir que os mecanismos de contenção podem ser insuficientes, o que poderá estar mais sujeita ao descontrole, caso haja a presença de tons mais quentes ou de cores mais vivas, que, no caso de M2, há um aumento do amarelo, porém um rebaixamento do vermelho e do laranja. O amarelo também é uma cor estimulante (menos do que o vermelho e o laranja) e a extroversão correspondente seria mais moderada. Seu aumento pode se relacionar a um exagero nas manifestações afetivas, menos espontâneas, mais estilizadas e superficiais, também podem indicar estrutura pouco sólida e baixa tolerância à frustração, assim como instabilidade, egocentrismo e irritabilidade. A elevação do preto está relacionada às defesas contra os estímulos e ao medo do desencadeamento de impulsos que conduziriam à perda do equilíbrio. Na ausência de outros indicadores de contenção, poderia ter certo valor positivo (que, no caso de M2 o azul está elevado, porém na tonalidade Az1, que somado ao preto elevado, pode indicar uma função estabilizadora).

Nas cores de baixa frequência, observa-se o Vermelho, Verde, Laranja e Branco. O vermelho baixo vem compensado pela elevação do amarelo; a verde é considerada a cor que mais se relaciona à esfera do contato e dos relacionamentos afetivos e sociais. Sua diminuição pode indicar certa instabilidade emocional, diminuindo a abertura para os relacionamentos e levando a um retraimento social. A baixa frequência do laranja pode revelar repressões, inibições, influenciabilidade, passividade ou submissão. No que diz respeito às síndromes, todas estão na média, podendo indicar estabilidade emocional. Finalizando a análise pela fórmula cromática, há a Moderada e Instável, o que poderia indicar tendência à instabilidade, embora menos acentuada.

Participante 11:

Mulher, 34 anos, casada, dois filhos, psicóloga, mestre, espírita. Sua mãe foi diagnosticada com câncer de mama há sete anos, realizou o tratamento com radioterapia e cirurgia, teve alta após cinco anos de acompanhamento. Há dois anos, sua mãe teve um episódio grave de convulsão e perdeu grande parte de suas funções cognitivas. Há seis meses foi detectado novo tumor na mama e, pelo quadro neurológico, foi optado pelos Cuidados Paliativos exclusivos. C1 verbaliza sobre a dificuldade que vivenciaram nos últimos anos, especialmente pelo comprometimento cognitivo, relatando muita tristeza pelo “desaparecimento” (sic) de sua mãe. Porém C1 afirma que se sente amparada socialmente e emocionalmente com o auxílio de seus dois irmãos e das três cuidadoras profissionais, porém se considera a cuidadora principal, pois administrada todos e se cobra muito para oferecer os melhores cuidados para a sua mãe. Atualmente está internada em um hospital pela equipe de Cuidados Paliativos.

Análise Pirâmides Coloridas de Pfister:

Frequência das cores do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de C1.

CORES	DADO	ESPERADO	RESULTADO
Azul	15.56	18.1	Média
Vermelho	22.22	13.6	Elevado
Verde	4.44	19.7	Baixo
Violeta	24.44	8.5	Elevado
Laranja	6.67	10.8	Baixo
Amarelo	11.11	9.5	Média
Marrom	2.23	4	Média
Preto	4.44	4.5	Média
Branco	8.89	8.3	Média
Cinza	0	2.9	Média

Síndromes do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de C1.

Síndromes	Dado	Esperado	Resultado
Normal	42.22	51.4	Baixo
Estímulo	40	33.9	Elevado
Fria	44.44	46.3	Média
Incolor	13.34	15.7	Média

Aspecto Formal do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de C1.

I	Tapete com início de ordem
II	Tapete com início de ordem
III	Formação simétrica

Cores por Dupla

Vm+ Vi+

Vd- Vm+

Fórmula cromática: Ampla e Instável

Análise do resultado:

C1 iniciou a construção com tapete com início de ordem, que significa melhores possibilidades de adaptação e busca de equilíbrio emocional, embora ainda não suficientemente desenvolvidos, porém finaliza com a formação simétrica, que sugere certa insegurança, instabilidade interna e busca de equilíbrio mediante comportamento cauteloso e prudente. No que diz respeito às cores elevadas, observa-se o Vermelho e Violeta. O vermelho é representante de estados mais excitados como a extroversão, à irritabilidade, à impulsividade e à agressividade, principalmente se aumentado em função da tonalidade Vm2, como é o caso de C1. O violeta está ligado à tensão e ansiedade. No caso de C1, o número de Vi1, Vi2 e Vi3 são igualmente elevados. O primeiro indicaria

uma ansiedade vinculada ao medo do desamparo e de sentir-se indefeso. O segundo indicaria insatisfação, medo e imprevisibilidade de atitudes. A elevação de ambas as cores aponta para uma excitação e impulsividade, indicando a possibilidade de descargas explosivas imprevisíveis, porém com as cores Azul e Preta na média, podem indicar uma boa capacidade de controle e adaptação. Nas cores de baixa frequência, observa-se a Verde e Laranja. Verde é considerada a cor que mais se relaciona à esfera do contato e dos relacionamentos afetivos e sociais. Sua diminuição pode indicar certa instabilidade emocional, diminuindo a abertura para os relacionamentos e levando a um retraimento social. Laranja é interpretada como cor que representa a ambição, anseios de produção e desejo de fazer-se valer pela produtividade e seu rebaixamento pode revelar repressões, inibições, influenciabilidade, passividade ou submissão, quando não compensado por outros indicadores (no caso, o vermelho está elevado e o amarelo está na média).

No que diz respeito às síndromes, a normal está rebaixada, especialmente pelo verde; a de estímulo está elevada, o que poderia indicar uma tendência ao egocentrismo e à desadaptação; e a fria e a incolor estão na média. Finalizando a análise pela fórmula cromática, há a Ampla e Instável, o que poderia indicar uma instabilidade, ainda com esforço de adaptação.

Participante 12:

Mulher, 45 anos, casada, dois filhos, dona de casa, superior completo, católica. Sua mãe foi diagnosticada com Alzheimer há 3 anos atrás e, no último ano, teve um acidente vascular encefálico (AVC) e, no momento, apresenta sequelas importantes. Ela está recebendo o acompanhamento da equipe de Cuidados Paliativos em domicílio desde a alta de sua última internação há sete meses. V. relata ter mais quatro irmãs, porém todas moram no interior do estado e pela sua mãe estar morando com ela nos últimos cinco anos, ela se considera como a cuidadora principal. Afirma sentir-se cansada pela rotina de cuidados, porém relata sobre a relação com a sua mãe como muito próxima e afetiva, afirmando que sente prazer em cuidar dela.

Análise Pirâmides Coloridas de Pfister:

Frequência das cores do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de V.

CORES	DADO	ESPERADO	RESULTADO
Azul	8.89	18.1	Baixo
Vermelho	22.22	13.6	Elevado
Verde	24.44	19.7	Média
Violeta	8.89	8.5	Média
Laranja	8.89	10.8	Média
Amarelo	15.56	9.5	Elevado
Marrom	4.44	4	Média
Preto	0	4.5	Média
Branco	2.23	8.3	Média
Cinza	4.44	2.9	Média

Síndromes do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de V.

Síndromes	Dado	Esperado	Resultado
Normal	55.55	51.4	Média
Estímulo	46.67	33.9	Elevado
Fria	42.22	46.3	Média
Incolor	6.67	15.7	Baixo

Aspecto Formal do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de V.

I	Tapete Puro
II	Formação simétrica
III	Formação simétrica

Fórmula cromática: Ampla e Instável

Análise do resultado:

V. iniciou a construção com o tapete puro, que embora reflita menor grau de desenvolvimento emocional ou intelectual, indica uma possível adaptação emocional às situações cotidianas com base em um manejo relativamente harmonioso das emoções e sentimentos; e finalizou com a formação simétrica, que sugere certa insegurança, instabilidade interna e busca de equilíbrio mediante comportamento cauteloso e prudente. Ou seja, é possível observar defesas mais superficiais que tendem a se esgotar diante da estimulação, revelando maior fragilidade nos mecanismos defensivos.

No que diz respeito às cores elevadas, observa-se o Vermelho e Amarelo. O vermelho é representante de estados mais excitados como a extroversão, à irritabilidade, à impulsividade e à agressividade, principalmente se aumentado em função da tonalidade Vm2, como é o caso de V. O aumento do amarelo pode se relacionar a um exagero das manifestações afetivas, menos espontâneas, mais estilizadas e superficiais, podendo ocorrer em extratensivos bastante subordinados às exigências externas. Nas cores de

baixa frequência, observa-se o Azul, que é a cor que representa controle, recursos estabilizadores, especialmente pelo uso das cores com tonalidade mais fortes. No caso de V. a única tonalidade utilizada foi a Az1, o que indica uma dificuldade em regular ou estabilizar aspectos mais impulsivos ou excitados.

No que diz respeito às síndromes, a normal está na média, o que indicaria a capacidade de manter uma conduta normal e adaptada, decorrente de certa estabilidade e equilíbrio emocional; a de estímulo está elevada, que pode indicar uma tendência ao egocentrismo e à desadaptação; a fria está na média e a incolor está baixa, o que poderia indicar falta de elementos estabilizadores. Finalizando a análise pela fórmula cromática, há a Ampla e Instável, o que poderia indicar uma instabilidade, ainda com esforço de adaptação.

Participante 13:

Homem, 43 anos, casado um filho, jornalista, superior completo, católico. Seu pai recebeu o diagnóstico de câncer de pulmão há três anos, e fez todo o tratamento disponível na cidade em que morava, no interior de São Paulo. Porém, com a progressão da doença, G. trouxe o pai para São Paulo para receber um tratamento mais adequado, mas, com a doença avançada, os médicos optaram pelos Cuidados Paliativos há quatro meses. Por ser o único familiar na cidade, G. considera-se o principal cuidador, mas recebe ajuda de sua esposa nos cuidados. G. retoma momentos da sua infância e sobre a dificuldade em administrar sua vida profissional, pessoal, e dar a devida atenção ao pai. O mesmo segue internado em uma clínica de Cuidados Paliativos.

Análise Pirâmides Coloridas de Pfister:

Frequência das cores do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de G.

CORES	DADO	ESPERADO	RESULTADO
Azul	17.78	18.1	Média
Vermelho	22.22	13.6	Elevado
Verde	15.56	19.7	Média
Violeta	17.78	8.5	Elevado
Laranja	2.23	10.8	Baixo
Amarelo	2.23	9.5	Baixo
Marrom	2.23	4	Média
Preto	20	4.5	Elevado
Branco	0	8.3	Baixo
Cinza	0	2.9	Média

Síndromes do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de G.

Síndromes	Dado	Esperado	Resultado
Normal	55.56	51.4	Média
Estímulo	26.68	33.9	Média
Fria	51.12	46.3	Média
Incolor	20	15.7	Média

Aspecto Formal do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de G.

I	Estrutura simétrica
II	Formação multicromática
III	Tapete puro

Cores por Dupla**Vm+ Vi+****Vm+ Pr+****Fórmula cromática:** Ampla e Instável.**Análise do resultado:**

G. iniciou a construção com a estrutura simétrica, que sugere capacidade cognitiva mais diferenciada e associada a maior equilíbrio emocional e maturidade e finalizou com o tapete puro, que embora reflita menor grau de desenvolvimento emocional ou intelectual, indicam uma possível adaptação emocional às situações cotidianas com base em um manejo relativamente harmonioso das emoções e sentimentos.

No que diz respeito às cores elevadas, observa-se o Vermelho, Violeta e Preto. O vermelho é representante de estados mais excitados como a extroversão, à irritabilidade, à impulsividade e à agressividade, principalmente se aumentado em função da tonalidade Vm2, como é o caso de G. O violeta está ligado à tensão e ansiedade. No caso de G., o número Vi2 é a tonalidade mais utilizada, que indicaria insatisfação, medo e imprevisibilidade de atitudes. Por último a elevação do preto está relacionada às defesas contra os estímulos e ao medo do desencadeamento de impulsos que conduziriam à perda do equilíbrio. Nas cores de baixa frequência, observa-se a Laranja, Amarelo e Branco. O rebaixamento da laranja pode revelar repressões, inibições, influenciabilidade, passividade e submissão e a diminuição do amarelo pode indicar, a princípio, dificuldade em canalizar e expressar emoções de maneira adequada, possivelmente relacionado à impulsividade do vermelho elevado.

No que diz respeito às síndromes, todas estão na média, podendo indicar

estabilidade emocional. Finalizando a análise pela fórmula cromática, há a Ampla e Instável, o que poderia indicar uma instabilidade emocional.

Participante 14:

Mulher, 27 anos, casada, sem filhos, publicitária, superior completo, católica. Seu pai foi diagnosticado com câncer de próstata, com metástase no pulmão no ano passado, realizou quimioterapia, mas ele teve efeitos colaterais importantes à medicação e foi necessário interromper o tratamento. Desde então, o próprio pai optou por não seguir com a medicação e realizar tratamentos de controle de dor e está no programa de Cuidados Paliativos domiciliar a oito meses. G1 relata sobre a dificuldade inicial em entender a apoiar a decisão de seu pai, mas afirma que, sem o tratamento, o vê mais disposto e participando mais da família. Porém afirma sentir-se sozinha, sem apoio e cansada.

Análise Pirâmides Coloridas de Pfister:

Frequência das cores do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de G1.

CORES	DADO	ESPERADO	RESULTADO
Azul	31.11	18.1	Elevado
Vermelho	8.89	13.6	Baixo
Verde	0	19.7	Baixo
Violeta	24.44	8.5	Elevado
Laranja	4.44	10.8	Baixo
Amarelo	6.67	9.5	Baixo
Marrom	0	4	Média
Preto	0	4.5	Média
Branco	15.56	8.3	Elevado
Cinza	8.89	2.9	Elevado

Síndromes do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de G1.

Síndromes	Dado	Esperado	Resultado
Normal	40	51.4	Baixo
Estímulo	20	33.9	Baixo
Fria	55.55	46.3	Elevado
Incolor	24.45	15.7	Elevado

Aspecto Formal do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de G1.

I	Formação em camada monocromática
II	Estrutura simétrica
III	Tapete com início de ordem

Cores por Dupla**Az+ Ci+****Vd- Az+****Fórmula cromática:** Moderada e Instável.**Análise do resultado:**

G1 iniciou a construção em camada monocromática, que representa um nível não satisfatoriamente amadurecido no trato com as emoções e nos manejos defensivos. Porém sua última construção foi em tapete com início de ordem, que se trata de uma forma de transição e significa melhores possibilidades de adaptação e busca de equilíbrio emocional, embora não suficientemente desenvolvidas.

No que diz respeito às cores elevadas, observa-se o Azul, Violeta, Branco e Cinza. O azul está relacionado com a capacidade de controle e adaptação. Considerando que a soma das cores Az4 e Az3 foi mais elevada que Az1 e Az2, isso indica possibilidade de regular ou estabilizar aspectos mais impulsivos ou excitados, indício de emoção bem controlada. O violeta está ligado à tensão e ansiedade. No caso de G1, o número de Vi1 e Vi3 são igualmente elevados. O primeiro indicaria uma ansiedade vinculada ao medo do desamparo e de sentir-se indefeso e o terceiro indicaria melhores possibilidades de contenção e elaboração da ansiedade. O uso do branco em quantidades acima do esperado aponta para vulnerabilidade e ausência de suficientes mecanismos de controle, porém, no caso de G1, há o azul como uma possível compensação de controle. Por último o cinza elevado implica uma possível timidez, cautela e restrição nos contatos emocionais afetivos, ou seja, retraimento defensivo, somado ao azul também elevado, parece revelar fechamento em si e indisposição para contatos interpessoais.

Nas cores de baixa frequência, observa-se Vermelho, Verde, Laranja e Amarelo. A vermelha, laranja e amarelo são consideradas as cores mais estimulantes e seu rebaixamento pode levar a hipótese de labilidade estrutural, dificuldade em canalizar e expressar suas emoções de maneira adequada, além de repressões, inibições influenciabilidade, passividade ou submissão. Verde é a considerado a cor que mais se relaciona à esfera do contato e dos relacionamentos afetivos e sociais e o seu rebaixamento pode indicar certa instabilidade emocional diminuindo a abertura para os relacionamentos e levando a um retraimento social. Porém, somando com a elevação do azul, parece ter uma conotação positiva de tendência ao estabelecimento de relacionamentos mais profundos e autênticos.

No que diz respeito às síndromes, a normal está baixa, o que indicaria uma dificuldade de manter uma conduta normal e adaptada, decorrente de certa instabilidade e desequilíbrio emocional; a de estímulo também está baixa, o que poderia indicar dificuldade na capacidade de extroversão e de contato afetivo e social; a fria está elevada, podendo indicar ansiedade, tensão e afastamento de contatos; e a incolor está elevada, em função da cor branca, o que poderia indicar fragilidade e insegurança. Finalizando a análise pela fórmula cromática, há a Moderada e Instável, o que poderia indicar uma tendência à instabilidade, embora menos acentuada.

Participante 15:

Mulher, 38 anos, casada, dois filhos, dona de casa, superior incompleto, espírita. Seu pai foi diagnosticado com câncer de pâncreas avançado há 4 meses e desde o diagnóstico os médicos falaram dos Cuidados Paliativos. A1 emociona-se ao falar da sua relação com o seu pai, por ser filha única e por sua mãe ter falecido quando tinha 8 anos de um acidente, sempre foram muito próximos e ela é responsável por todos os cuidados com o pai desde o seu diagnóstico. Afirma sentir-se entristecida, angustiada e com muito medo do que irá acontecer. Seu pai está internado em um hospital com a equipe de Cuidados Paliativos há três semanas.

Análise Pirâmides Coloridas de Pfister:

Frequência das cores do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de A1.

CORES	DADO	ESPERADO	RESULTADO
Azul	20	18.1	Média
Vermelho	8.89	13.6	Baixo
Verde	26.67	19.7	Elevado
Violeta	31.11	8.5	Elevado
Laranja	8.89	10.8	Média
Amarelo	4.44	9.5	Baixo
Marrom	0	4	Média
Preto	0	4.5	Média
Branco	0	8.3	Baixo
Cinza	0	2.9	Média

Síndromes do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de A1.

Síndromes	Dado	Esperado	Resultado
Normal	55.56	51.4	Média
Estímulo	22.22	33.9	Baixo
Fria	77.78	46.3	Elevado
Incolor	0	15.7	Baixo

Aspecto Formal do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de A1.

I	Formação multicromática
II	Formação multicromática
III	Formação simétrica

Cores por Dupla

Vd+ Vi+

Fórmula cromática: Moderada e Instável.

Análise do resultado:

A1 iniciou a construção com a formação multicromática, que representam um nível não satisfatoriamente amadurecido no trato com as emoções e manejos defensivos e finalizou com a formação simétrica, que sugere certa insegurança, instabilidade interna e busca de equilíbrio mediante comportamento cauteloso e prudente.

No que diz respeito às cores elevadas, observa-se o Verde Violeta. O verde é considerado a cor que mais se relaciona com a esfera do contato e dos relacionamentos afetivos e sociais, porém o seu aumento pode indicar uma sobrecarga de estimulação que pode gerar ansiedade e provocar ruptura do equilíbrio interno, se não houver outros fatores reguladores (no caso de A1, o azul está na média, que indicaria uma capacidade de controle e adaptação). O violeta está ligado à tensão e ansiedade. No caso de A1, o número de Vi1, Vi2 e Vi3 são igualmente elevados. O primeiro indicaria uma ansiedade vinculada ao medo do desamparo e de sentir-se indefeso. O segundo indicaria insatisfação, medo e imprevisibilidade de atitudes. E o terceiro indicaria melhores possibilidades de contenção e elaboração da ansiedade. Nas cores de baixa frequência, observa-se Vermelho, Amarelo e Branco. Vermelho é a representante dos estados mais excitados e seu rebaixamento pode estar ligada a labilidade emocional, enfraquecimento das possibilidades de descarga emocional, de realização ou de retraimento defensivo como fuga do mundo exterior. A baixa frequência do amarelo pode sugerir uma dificuldade em canalizar e expressar emoções de maneira adequada.

No que diz respeito às síndromes, a normal está na média, o que indicaria a capacidade de manter uma conduta normal e adaptada; a de estímulo está rebaixada, o que poderia indicar uma dificuldade na capacidade de extroversão e de contato afetivo e social; a fria está elevada, podendo indicar ansiedade, tensão e afastamento de contatos; e a incolor está baixa, o que poderia indicar falta de elementos estabilizadores.

Finalizando a análise pela fórmula cromática, há a Moderada e Instável, o que poderia indicar tendência à instabilidade, embora menos acentuada.

Participante 16:

Mulher, 39 anos, solteira (divorciada), dois filhos, administradora de uma universidade, superior completo, espírita. Sua mãe foi diagnosticada com Alzheimer há oito anos, considerado como um aparecimento precoce. Desde então sua mãe mora na sua casa sob os seus cuidados e relata que os últimos três anos tem sido os mais difíceis, pois sua mãe tem tido problemas de audição e de sociabilidade. No momento sua mãe está internada em um hospital, pela equipe de Cuidados Paliativos, pois teve um AVC recentemente e uma queda, deixando-a bem debilitada. Relata que seu pai faleceu há 14 anos e que tem a ajuda de uma empregada doméstica em casa. Queixa-se muito da dificuldade em ser a cuidadora principal, especialmente pelos seus dois filhos e para conciliar com o trabalho.

Análise Pirâmides Coloridas de Pfister:

Frequência das cores do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de M3.

CORES	DADO	ESPERADO	RESULTADO
Azul	26.67	18.1	Elevado
Vermelho	24.44	13.6	Elevado
Verde	17.78	19.7	Média
Violeta	2.23	8.5	Baixo
Laranja	22.22	10.8	Elevado
Amarelo	6.67	9.5	Baixo
Marrom	0	4	Média
Preto	0	4.5	Média
Branco	0	8.3	Baixo
Cinza	0	2.9	Média

Síndromes do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de M3.

Síndromes	Dado	Esperado	Resultado
Normal	69	51.4	Elevado
Estímulo	53	33.9	Elevado
Fria	47	46.3	Média
Incolor	0	15.7	Baixo

Aspecto Formal do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de M3.

I	Formação alternada
II	Formação alternada
III	Tapete desequilibrado

Fórmula cromática: Moderada e Instável.

Análise do resultado:

M3 iniciou a construção com formação alternada, que estão mais presentes em indivíduos com dificuldade de adaptação ao ambiente, com conflitos acentuados em virtude de impulsos contrários que se chocam, originando tensões. E finalizou com o tapete desequilibrado, cujo significado se vincula a perturbações emocionais mais graves, refletindo desequilíbrio e desadaptação ao ambiente em virtude de turbulências afetivas em presença de conflitos acentuados.

No que diz respeito às cores elevadas, observa-se o Azul, o Vermelho e Laranja. O azul está relacionado com a capacidade de controle e adaptação. Considerando que a soma das cores Az4 e Az3 foi mais elevada que Az1 e Az2, isso indica possibilidade de regular ou estabilizar aspectos mais impulsivos ou excitados, indício de emoção bem controlada. O vermelho é representante de estados mais excitados como a extroversão, à irritabilidade, à impulsividade e à agressividade, principalmente se aumentado em função da tonalidade Vm2, como é o caso de M3. Por último a cor laranja está relacionada com a ambição, anseios de produção e desejo de fazer-se valer pela produtividade. Assim seu aumento estaria ligado à excitabilidade, ao desejo de domínio, à onipotência, ao reduzido senso de autocrítica a à arrogância. Nas cores de baixa frequência, observa-se a Violeta, Amarelo e Branco. Violeta está relacionada com a tensão e a ansiedade e seu rebaixamento está associado à negação de impulsos e da ansiedade decorrente da intolerância a suportar tais estados, o que certamente dificulta a elaboração dos conflitos e compromete o equilíbrio da personalidade. A baixa frequência do amarelo pode sugerir uma dificuldade em canalizar e expressar emoções de maneira adequada.

No que diz respeito às síndromes, a normal está elevada, o que indicaria a capacidade de manter uma conduta normal e adaptada, decorrente de certa estabilidade e equilíbrio emocional; a de estímulo está elevada, que pode indicar uma tendência ao egocentrismo e à desadaptação; a fria está na média; e a incolor está baixa, o que poderia indicar falta de elementos estabilizadores. Finalizando a análise pela fórmula cromática, há a Moderada e Instável, o que poderia indicar tendência à instabilidade, embora menos acentuada.

Participante 17:

Mulher, 38 anos, casada, dois filhos, dona de casa, superior incompleto, católica.

Seu pai foi diagnosticado com câncer de estômago há três anos e realizou tratamento quimioterápico, que, no início, contribuiu para minimizar a doença. Porém, no último ano, os médicos diagnosticaram novos tumores e, após algumas tentativas de tratamentos com finalidade curativa, optaram por uma abordagem paliativa. M4 relata sobre a dificuldade que vivencia com a aproximação da morte do pai, principalmente pela relação próxima entre eles (não conheceu a sua mãe), afirma sentir-se “sem chão” com a perda do pai. Fala da importância da sua família, especialmente do seu filho mais velho, que está ao lado dela desde o início do tratamento e sente ser a pessoa com quem mais conta no quesito de companhia e afeto. Seu pai está internado em uma instituição hospitalar a três meses e ela se considera a única cuidadora.

Análise Pirâmides Coloridas de Pfister:

Frequência das cores do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de M4.

CORES	DADO	ESPERADO	RESULTADO
Azul	37.78	18.1	Elevado
Vermelho	8.89	13.6	Baixo
Verde	28.89	19.7	Elevado
Violeta	2.23	8.5	Baixo
Laranja	4.44	10.8	Baixo
Amarelo	6.67	9.5	Baixo
Marrom	0	4	Média
Preto	2.23	4.5	Média
Branco	8.89	8.3	Média
Cinza	0	2.9	Média

Síndromes do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de M4.

Síndromes	Dado	Esperado	Resultado
Normal	75.56	51.4	Elevado
Estímulo	20	33.9	Baixo
Fria	68.90	46.3	Elevado
Incolor	11.12	15.7	Média

Aspecto Formal do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de M4.

I	Camada multicromática
II	Tapete Puro
III	Camada multicromática

Cores por Dupla

La- Vi-

Fórmula cromática: Ampla e Instável

Análise do resultado:

M4 iniciou e finalizou a construção com a formação em camada multicromática, que representam um nível não satisfatoriamente amadurecido no trato com as emoções e manejos defensivos. Sua segunda construção foi tapete puro que, embora reflita menor grau de desenvolvimento emocional ou intelectual, indica uma possível adaptação emocional às situações cotidianas com base em um manejo relativamente harmonioso das emoções e sentimentos.

No que diz respeito às cores elevadas, observa-se o Azul e o Verde. O azul está relacionado com a capacidade de controle e adaptação. Considerando que a soma das cores Az4 e Az3 foi mais elevada que Az1 e Az2, isso indica possibilidade de regular ou estabilizar aspectos mais impulsivos ou excitados, indício de emoção bem controlada. O verde é considerado a cor que mais se relaciona com a esfera do contato e dos relacionamentos afetivos e sociais, porém o seu aumento pode indicar uma sobrecarga de estimulação que pode gerar ansiedade e provocar ruptura do equilíbrio interno, se não houver outros fatores reguladores (no caso de M4, o azul está elevado). Nas cores de baixa frequência, observa-se a Vermelha, Violeta, Laranja e Amarelo. Vermelho, laranja e amarelo são cores de estimulação, e seu rebaixamento pode levar a hipótese de labilidade estrutural, enfraquecimento da possibilidade de descarga emocional, repressões, inibições, influenciabilidade, passividade ou submissão e uma dificuldade em canalizar e expressar emoções de maneira adequada. Violeta é tradicionalmente ligada à tensão e ansiedade e seu rebaixamento poderia estar associado à negação dos impulsos e da ansiedade decorrente da intolerância a suportar conflitos.

No que diz respeito às síndromes, a normal está elevada, o que indicaria a capacidade de manter uma conduta normal e adaptada, decorrente de certa estabilidade e equilíbrio emocional; a de estímulo está rebaixada, o que poderia indicar dificuldade na capacidade de extroversão e de contato afetivo e social; a fria está elevada, decorrente ao aumento do azul e do verde; e a incolor está na média. Finalizando a análise pela fórmula cromática, há a Ampla e Instável, o que indica instabilidade, ainda que com esforço de adaptação.

Participante 18:

Homem, 26 anos, solteiro, sem filhos, publicitário, superior completo, católico. Seu pai foi diagnosticado com câncer de pulmão há dois anos e fez, por um ano, tratamento quimioterápico. Porém, nos últimos seis meses, pela evolução da doença, a

equipe optou por seguir com o tratamento em finalidade paliativa e seu pai mudou-se para São Paulo e segue fazendo quimioterapia, porém para controle de sintomas. R2 considera-se o cuidador principal, pois é o único que mora na cidade, sua irmã mora no interior do estado, mas ajuda sempre que pode. O paciente recebe atendimento domiciliar e R2 apresentou um discurso distante, pouco expressivo sobre suas emoções e sentimentos quando a vivência atual.

Análise Pirâmides Coloridas de Pfister:

Frequência das cores do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de R2.

CORES	DADO	ESPERADO	RESULTADO
Azul	35.56	18.1	Elevado
Vermelho	8.89	13.6	Baixo
Verde	8.89	19.7	Baixo
Violeta	0	8.5	Baixo
Laranja	4.44	10.8	Baixo
Amarelo	4.44	9.5	Baixo
Marrom	15.56	4	Elevado
Preto	11.11	4.5	Elevado
Branco	6.67	8.3	Média
Cinza	4.44	2.9	Média

Síndromes do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de R2.

Síndromes	Dado	Esperado	Resultado
Normal	53.34	51.4	Média
Estímulo	17.77	33.9	Baixo
Fria	44.45	46.3	Média
Incolor	22.22	15.7	Elevado

Aspecto Formal do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de R2.

I	Camada monocromática
II	Camada multicromática
III	Tapete puro

Cores por Dupla

Az+ Pr+

Vd- Az+

La- Vi-

Ma+ Pr+

Fórmula cromática: Ampla e Instável

Análise do resultado:

R2 iniciou a construção com formação em camadas, que representam um nível não satisfatoriamente amadurecido no trato com as emoções e manejos defensivos e finalizou com um tapete puro que, embora reflitam menor grau de desenvolvimento emocional ou intelectual, indicam uma possível adaptação emocional às situações cotidianas com base em um manejo relativamente harmonioso das emoções e sentimentos.

No que diz respeito às cores elevadas, observa-se o Azul, o Marrom e o Preto. O azul está relacionado com a capacidade de controle e adaptação. Considerando que a soma das cores Az4 e Az3 foi mais elevada que Az1 e Az2, isso indica possibilidade de regular ou estabilizar aspectos mais impulsivos ou excitados, indício de emoção bem controlada. O marrom está relacionado à extroversão e representa energia, ação, dinamismo, reação que tanto pode conduzir à destruição quanto à produtividade. O seu aumento pode aparentar firmeza, determinação e independência, porém como uma atitude reativa a necessidade de amparo, proteção e sentimento de inferioridade. Por último a elevação do preto está relacionada às defesas contra os estímulos e ao medo do desencadeamento de impulsos que conduziriam à perda do equilíbrio. Nas cores de baixa frequência, observa-se Vermelho, Verde, Violeta, Laranja e Amarelo. Vermelho, laranja e amarelo são cores de estimulação, e seu rebaixamento pode levar a hipótese de labilidade estrutural, enfraquecimento da possibilidade de descarga emocional, repressões, inibições, influenciabilidade, passividade ou submissão e uma dificuldade em canalizar e expressar emoções de maneira adequada. Verde, que é considerada a cor que mais se relaciona à esfera do contato e dos relacionamentos afetivos e sociais. Sua diminuição pode indicar certa instabilidade emocional, diminuindo a abertura para os relacionamentos e levando a um retraimento social. Violeta é tradicionalmente ligada a tensão e ansiedade e seu rebaixamento poderia estar associado à negação dos impulsos e da ansiedade decorrente da intolerância a suportar conflitos.

No que diz respeito às síndromes, a normal está na média, o que indicaria a capacidade de manter uma conduta normal e adaptada, decorrente de certa estabilidade e equilíbrio emocional; a de estímulo está baixa, o que poderia indicar uma dificuldade na capacidade de extroversão e de contato afetivo e social; a fria está na média e a incolor está elevada, especialmente em função do preto, que tem uma função repressora. Finalizando a análise pela fórmula cromática, há a Ampla e Instável, o que indica instabilidade, ainda que com esforço de adaptação.

Participante 19:

Homem, 29 anos, solteiro, sem filhos, engenheiro, pós-graduado, católico. Seu pai foi diagnosticado com câncer no pâncreas há 10 meses e, desde então, pela personalidade do paciente e pelo seu desejo de seguir trabalhando, foi optado pelo tratamento paliativo em domicílio. M5 afirma que, entre os membros da família, sempre foi mais próximo de seu pai, especialmente pela escolha profissional. Ambos trabalham juntos desde a formação de M5 e o trabalho é o local que passavam mais tempo. Ele fala, com dificuldade, sobre sentimento de tristeza e desamparo e afirma que recebe auxílio de sua mãe, que é bem presente nos cuidados e tratamento.

Análise Pirâmides Coloridas de Pfister:**Frequência das cores do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de M5.**

CORES	DADO	ESPERADO	RESULTADO
Azul	51.11	18.1	Elevado
Vermelho	8.89	13.6	Baixo
Verde	13.33	19.7	Média
Violeta	2.23	8.5	Baixo
Laranja	15.56	10.8	Elevado
Amarelo	4.44	9.5	Baixo
Marrom	0	4	Média
Preto	0	4.5	Média
Branco	4.44	8.3	Média
Cinza	0	2.9	Média

Síndromes do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de M5.

Síndromes	Dado	Esperado	Resultado
Normal	73.33	51.4	Elevado
Estímulo	28.89	33.9	Média
Fria	66.67	46.3	Elevado
Incolor	4.44	15.7	Baixo

Aspecto Formal do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de M5.

I	Formação simétrica
II	Tapete com início de ordem
III	Camada multicromática

Fórmula cromática: Moderada e Instável

Análise do resultado:

M5 iniciou a construção com a formação simétrica que sugere certa insegurança, instabilidade interna e busca de equilíbrio mediante comportamento cauteloso e prudente;

seguir com o tapete com início de ordem, que se trata de uma forma de transição e indica melhores possibilidades de adaptação e busca de equilíbrio emocional, embora ainda não suficientemente desenvolvidas e finalizou com a camada multicromática, que representa um nível não satisfatoriamente amadurecido no trato com as emoções e manejos defensivos.

No que diz respeito às cores elevadas, observa-se o Azul e Laranja. O azul está relacionado com a capacidade de controle e adaptação. Considerando que a soma das cores Az4 e Az3 foi mais elevada que Az1 e Az2, isso indica possibilidade de regular ou estabilizar aspectos mais impulsivos ou excitados, indício de emoção bem controlada. A laranja está relacionada com a ambição, anseios de produção e desejo de fazer-se valer pela produtividade. Assim seu aumento estaria ligado à excitabilidade, ao desejo de domínio, à onipotência, ao reduzido senso de autocritica a à arrogância. Nas cores de baixa frequência, observa-se a Vermelho, Violeta e Amarelo. Vermelho e amarelo são cores de estimulação, e seu rebaixamento pode levar a hipótese de labilidade estrutural, enfraquecimento da possibilidade de descarga emocional e uma dificuldade em canalizar e expressar emoções de maneira adequada. Violeta é tradicionalmente ligada a tensão e ansiedade e seu rebaixamento poderia estar associado à negação dos impulsos e da ansiedade decorrente da intolerância a suportar conflitos.

No que diz respeito às síndromes, a normal está elevada, o que indicaria a capacidade de manter uma conduta normal e adaptada, decorrente de certa estabilidade e equilíbrio emocional; a de estímulo está rebaixada, o que poderia indicar uma dificuldade na capacidade de extroversão e de contato afetivo e social; a fria está elevada, pelo azul; e a incolor está baixa, o que poderia indicar falta de elementos estabilizadores. Finalizando a análise pela fórmula cromática, há a Moderada e Instável, o que indica tendência à instabilidade, embora menos acentuada.

Participante 20:

Mulher, 24 anos, solteira, sem filhos, estudante de direito, superior incompleto, católica. Seu pai foi diagnosticado com câncer metastático há quatro meses e está fazendo quimioterapia com finalidade paliativa, para minimizar seus sintomas, que são, de acordo com H., importantes. H. emociona-se ao falar sobre o adoecimento rápido do pai e sobre como é assumir esse papel de cuidadora, queixando-se do sentimento de isolamento e responsabilidade, porém relata que quer estar ao lado dele em tudo que precisar. Seu pai

recebe atendimento domiciliar e H. afirma que cuida de todas as questões burocráticas e de cuidados sem auxílio.

Análise Pirâmides Coloridas de Pfister:

Frequência das cores do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de H.

CORES	DADO	ESPERADO	RESULTADO
Azul	26.67	18.1	Elevado
Vermelho	13.33	13.6	Média
Verde	13.33	19.7	Média
Violeta	26.67	8.5	Elevado
Laranja	20	10.8	Elevado
Amarelo	0	9.5	Baixo
Marrom	0	4	Média
Preto	0	4.5	Média
Branco	0	8.3	Baixo
Cinza	0	2.9	Média

Síndromes do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de H.

Síndromes	Dado	Esperado	Resultado
Normal	53.33	51.4	Média
Estímulo	33.33	33.9	Média
Fria	66.67	46.3	Elevado
Incolor	0	15.7	Baixo

Aspecto Formal do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de H.

I	Estrutura em manto
II	Estrutura simétrica
III	Estrutura em escada

Cores por Dupla

La+ Vi+

Fórmula cromática: Restrita e Instável

Análise do resultado:

H. iniciou a construção com a estrutura em manto, que expressam defesas do tipo fechamento de si, ou repressão e sufocamento dos impulsos; seguiu com a construção da estrutura simétrica, que sugere capacidade cognitiva mais diferenciada e associada a maior equilíbrio emocional e maturidade; e finalizou com a estrutura em escada, que corresponde a estados conflitivos atuais que comprometem o equilíbrio emocional e, apesar de certo esforço para aparentar estabilidade, há um sentimento de eminente perda de equilíbrio emocional decorrente de fragilidade nos esquemas defensivos.

No que diz respeito às cores elevadas, observa-se o Azul, Violeta e Laranja. O azul está relacionado com a capacidade de controle e adaptação. Porém, no caso de H. foram utilizadas somente os tons Az2 e Az1, isso indica que os mecanismos de contenção serão insuficientes e a pessoa está mais sujeita ao descontrole, se houver a presença de tons mais quentes ou de cores mais vivas (no caso de H., há o aumento do laranja e do violeta). O violeta está ligado à tensão e ansiedade. No caso de H., os números de Vi1 e Vi3 são igualmente elevados. O primeiro indicaria uma ansiedade vinculada ao medo do desamparo e de sentir-se indefeso e o segundo indicaria melhores possibilidades de contenção e elaboração da ansiedade. Por último a cor laranja está relacionada com a ambição, anseios de produção e desejo de fazer-se valer pela produtividade. Assim seu aumento estaria ligado à excitabilidade, ao desejo de domínio, à onipotência, ao reduzido senso de autocritica a à arrogância. Nas cores de baixa frequência, observa-se o amarelo, que pode sugerir uma dificuldade em canalizar e expressar emoções de maneira adequada.

No que diz respeito às síndromes, a normal está na média, o que indicaria a capacidade de manter uma conduta normal e adaptada, decorrente de certa estabilidade e equilíbrio emocional; a de estímulo está na média, o que poderia indicar capacidade de extroversão e de contato afetivo e social; a fria está elevada, podendo indicar ansiedade, tensão e afastamento de contatos; e a incolor está baixa, o que poderia indicar falta de elementos estabilizadores. Finalizando a análise pela fórmula cromática, há a Restrita e Instável, o que aponta significativamente para um sentimento de instabilidade controlado por mecanismos inibitórios que restringem a ação ou mesmo o campo de interesse.

Participante 21:

Mulher, 40 anos, casada, um filho, engenheira, superior completo, ateia. Sua mãe foi diagnosticada com Alzheimer há um ano e meio e, desde então, foi morar na sua casa. Relata sobre a dificuldade e responsabilidade que é estar sempre atenta aos movimentos da sua mãe e a mudança de rotina que atingiu sua família. Diz que sua mãe sempre foi muito independente e que como esta personalidade mais ativa interfere diretamente na sua relação de cuidados com a mãe. Afirma que conta com a ajuda de duas cuidadoras que revejam nos cuidados.

Análise Pirâmides Coloridas de Pfister:

Frequência das cores do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de A2.

CORES	DADO	ESPERADO	RESULTADO
Azul	20	18.1	Media
Vermelho	17.78	13.6	Média
Verde	13.33	19.7	Média
Violeta	0	8.5	Baixo
Laranja	0	10.8	Baixo
Amarelo	0	9.5	Baixo
Marrom	15.56	4	Elevado
Preto	26.67	4.5	Elevado
Branco	6.67	8.3	Média
Cinza	0	2.9	Média

Síndromes do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de A2.

Síndromes	Dado	Esperado	Resultado
Normal	51.11	51.4	Média
Estímulo	17.78	33.9	Baixo
Fria	33.33	46.3	Baixo
Incolor	33.33	15.7	Elevado

Aspecto Formal do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de A2.

I	Camada multicromática
II	Camada multicromática
III	Camada multicromática

Cores por Dupla

La- Vi-

Ma+ Pr+

Fórmula cromática: Moderada e Instável.

Análise do resultado:

A2 iniciou e finalizou a construção com camada multicromática, e esta representa um nível não satisfatoriamente amadurecido no trato com as emoções e manejos defensivos. No que diz respeito às cores elevadas, observa-se o Marrom e Preto. O marrom está relacionado à extroversão e representa energia, ação, dinamismo, reação que tanto pode conduzir à destruição quanto à produtividade. O seu aumento pode aparentar firmeza, determinação e independência, porém como uma atitude reativa a necessidade de amparo, proteção e sentimento de inferioridade. A elevação do preto está relacionada às defesas contra os estímulos e ao medo do desencadeamento de impulsos que conduziriam à perda do equilíbrio. Nas cores de baixa frequência, observa-se à violeta, que é tradicionalmente ligada a tensão e ansiedade e seu rebaixamento poderia estar

associado à negação dos impulsos e da ansiedade decorrente da intolerância a suportar conflitos. As cores laranja e amarelo são cores de estimulação, e seu rebaixamento pode levar a hipótese de repressões, inibições, influenciabilidade, passividade ou submissão e uma dificuldade em canalizar e expressar emoções de maneira adequada.

No que diz respeito às síndromes, a normal está na média, o que indicaria a capacidade de manter uma conduta normal e adaptada, decorrente de certa estabilidade e equilíbrio emocional; a de estímulo rebaixada, o que poderia indicar uma dificuldade na capacidade de extroversão e de contato afetivo e social; a fria rebaixada, por conta da ausência do violeta; e a incolor está alta, especialmente em função do preto, indicando fuga de situações afetivas ou estimulantes como tentativa de manutenção de um equilíbrio frágil e, pelo preto, tem uma função mais repressora. Finalizando a análise pela fórmula cromática, há a Moderada e Instável, o que poderia indicar tendência à instabilidade, embora menos acentuada.

Participante 22:

Homem, 40 anos, casado, um filho, vendedor, mas está desempregado no momento, superior incompleto, católico. Seu pai foi diagnosticado com câncer de estômago há 10 meses, porém já com metástase na região da pleura. C2 conta que seu pai é um homem muito simples e onde morava não tem uma boa estrutura médica e que, por isso, demorou em ter o diagnóstico. Afirma que se considera o cuidador principal primeiramente pelo desemprego e porque seu pai tem dificuldades em aceitar auxílio para questões pessoais, especialmente de mulheres e traz esses dois aspectos também como os mais difíceis de lidar no momento atual. Atualmente seu pai está internado em um hospital pela equipe de Cuidados Paliativos e considera que recebe ajuda importante de sua esposa.

Análise Pirâmides Coloridas de Pfister:

Frequência das cores do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de C2.

CORES	DADO	ESPERADO	RESULTADO
Azul	28.89	18.1	Elevado
Vermelho	0	13.6	Baixo
Verde	33.33	19.7	Elevado
Violeta	20	8.5	Elevado
Laranja	0	10.8	Baixo
Amarelo	0	9.5	Baixo
Marrom	4.44	4	Média
Preto	11.11	4.5	Elevado
Branco	0	8.3	Baixo
Cinza	2.23	2.9	Média

Síndromes do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de C2.

Síndromes	Dado	Esperado	Resultado
Normal	62.22	51.4	Elevado
Estímulo	0	33.9	Baixo
Fria	82.22	46.3	Elevado
Incolor	13.34	15.7	Média

Aspecto Formal do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de C2.

I	Camada multicromática
II	Camada multicromática
III	Camada multicromática

Cores por Dupla

Az+ Pr+

Vd+ Vi+

Fórmula cromática: Moderada e Instável.

Análise do resultado:

C2 iniciou e finalizou a construção com camada multicromática, e esta representa um nível não satisfatoriamente amadurecido no trato com as emoções e manejos defensivos. No que diz respeito às cores elevadas, observa-se o Azul, o Verde, Violeta e Preto. O azul está relacionado com a capacidade de controle e adaptação. Considerando que C2 só utilizou as tonalidades Az4 e Az3, indicaria possibilidade de regular ou estabilizar aspectos mais impulsivos ou excitados, indício de emoção bem controlada. O verde é considerado a cor que mais se relaciona com a esfera do contato e dos relacionamentos afetivos e sociais, porém o seu aumento pode indicar uma sobrecarga de estimulação que pode gerar ansiedade e provocar ruptura do equilíbrio interno, se não

houver outros fatores reguladores (no caso de C2, o azul está elevado). O violeta está ligado à tensão e ansiedade, porém, no caso de C2, a única tonalidade utilizada foi a Vi3, que indicaria melhores possibilidades de contenção e elaboração da ansiedade. Por último a elevação do preto está relacionada às defesas contra os estímulos e ao medo do desencadeamento de impulsos que conduziriam à perda do equilíbrio.

Nas cores de baixa frequência, observa-se o Vermelho, Laranja, Amarelo que são cores de estimulação, e seu rebaixamento pode levar a hipótese de labilidade estrutural, enfraquecimento da possibilidade de descarga emocional, repressões, inibições, influenciabilidade, passividade ou submissão e uma dificuldade em canalizar e expressar emoções de maneira adequada. No que diz respeito às síndromes, a normal está levada, o que indicaria a capacidade de manter uma conduta normal e adaptada, decorrente de certa estabilidade e equilíbrio emocional; a de estímulo está rebaixada, o que poderia indicar uma dificuldade na capacidade de extroversão e de contato afetivo e social; a fria está elevada, podendo indicar ansiedade, tensão e afastamento de contatos; e a incolor está na média, o que poderia indicar uma capacidade em negar, atenuar ou reprimir estímulos. Finalizando a análise pela fórmula cromática, há a Moderada e Instável, o que poderia indicar tendência à instabilidade, embora menos acentuada.

Participante 23:

Mulher, 32 anos, casada, sem filhos, enfermeira, superior completo, espírita. Sua mãe foi diagnosticada com câncer de mama há dois anos, realizou o tratamento com quimioterapia, radioterapia e cirurgia. Porém há quatro meses foi descoberta metástase no pulmão e nos ossos, e sua mãe entrou para o programa de Cuidados Paliativos. T. emociona-se no discurso, relatando a dificuldade em cuidar da mãe em um momento como esse, especialmente por atuar na área da saúde. Afirma que se sente muito cansada em acompanhar a mãe na internação e conciliar com sua vida profissional e pessoal. Chora ao dizer que tem conhecimento para entender o desenvolvimento da doença de sua mãe. Atualmente está internada em uma instituição hospitalar e afirma que não recebe ajuda de terceiros nos cuidados de modo geral.

Análise Pirâmides Coloridas de Pfister:

Frequência das cores do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de T.

CORES	DADO	ESPERADO	RESULTADO
Azul	17.78	18.1	Média
Vermelho	37.78	13.6	Elevado
Verde	4.44	19.7	Baixo
Violeta	11.11	8.5	Média
Laranja	8.89	10.8	Média
Amarelo	4.44	9.5	Baixo
Marrom	0	4	Média
Preto	0	4.5	Média
Branco	13.33	8.3	Média
Cinza	2.23	2.9	Média

Síndromes do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de T.

Síndromes	Dado	Esperado	Resultado
Normal	60	51.4	Elevado
Estímulo	51.11	33.9	Elevado
Fria	33.33	46.3	Baixo
Incolor	15.56	15.7	Média

Aspecto Formal do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de T.

I	Tapete puro
II	Camada multicromática
III	Formação simétrica

Cores por Dupla

Vd- Vm+

Fórmula cromática: Ampla e Instável.

Análise do resultado:

T. iniciou a construção com o tapete puro, que, embora reflita menor grau de desenvolvimento emocional ou intelectual, indicaria uma possível adaptação emocional às situações cotidianas com base em um manejo relativamente harmonioso das emoções e sentimentos; seguiu com a camada multicromática, que representa um nível não satisfatoriamente amadurecido no trato com as emoções e manejos defensivos; finalizou com a formação simétrica, que sugere certa insegurança, instabilidade interna e busca de equilíbrio mediante comportamento cauteloso e prudente.

No que diz respeito às cores elevadas, observa-se o Vermelho, que é representante de estados mais excitados como a extroversão, à irritabilidade, á impulsividade e à agressividade, principalmente se aumentado em função da tonalidade Vm2, como é o

caso de T. Nas cores de baixa frequência, observa-se a verde, que é considerada a cor que mais se relaciona à esfera do contato e dos relacionamentos afetivos e sociais. Sua diminuição pode indicar certa instabilidade emocional, diminuindo a abertura para os relacionamentos e levando a um retraimento social. A baixa frequência do amarelo pode sugerir uma dificuldade em canalizar e expressar emoções de maneira adequada.

No que diz respeito às síndromes, a normal está elevada, o que indicaria a capacidade de manter uma conduta normal e adaptada, decorrente de certa estabilidade e equilíbrio emocional; a de estímulo está elevada, o que poderia indicar uma tendência ao egocentrismo e à desadaptação; a fria está rebaixada, especialmente pelo pouco uso do verde; e a incolor está na média, o que poderia indicar uma capacidade em negar, atenuar ou reprimir estímulos. Finalizando a análise pela fórmula cromática, há a Ampla e Instável, o que indica instabilidade, ainda que com esforço para uma adaptação.

Participante 24:

Mulher, 38 anos, casada, dois filhos, professora, superior completo, católica. Seu pai foi diagnosticado com Alzheimer há três anos e, desde então, ele mudou-se para a sua casa. Relata sobre a dificuldade e o cansaço que sente em cuidar dele e dar a atenção que ele precisa. Afirma que ele está em um momento mais agressivo e que se sente sobrecarregada, principalmente pelos seus filhos que não entendem bem a situação e pelo seu trabalho. Afirma que conta com a ajuda de uma empregada doméstica e atualmente recebe atendimento e acompanhamento multiprofissional em domicílio.

Análise Pirâmides Coloridas de Pfister:

Frequência das cores do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de A3.

CORES	DADO	ESPERADO	RESULTADO
Azul	28.89	18.1	Elevado
Vermelho	13.33	13.6	Média
Verde	15.56	19.7	Média
Violeta	20	8.5	Elevado
Laranja	8.89	10.8	Média
Amarelo	0	9.5	Baixo
Marrom	0	4	Média
Preto	0	4.5	Média
Branco	6.67	8.3	Média
Cinza	6.67	2.9	Elevado

Síndromes do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de A3.

Síndromes	Dado	Esperado	Resultado
Normal	57.78	51.4	Média
Estímulo	22.22	33.9	Baixo
Fria	64.45	46.3	Elevado
Incolor	13.34	15.7	Média

Aspecto Formal do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de A3.

I	Camada multicromática
II	Estrutura em manto
III	Estrutura simétrica

Cores por Dupla

Az+ Ci+

Fórmula cromática: Moderada e Instável.**Análise do resultado:**

A3 iniciou a construção com a camada multicromática, que representa um nível não satisfatoriamente amadurecido no trato com as emoções e manejos defensivos; seguiu com a estrutura em manto, que expressam defesas do tipo fechamento de si, ou repressão e sufocamento dos impulsos; e finalizou com a construção da estrutura simétrica, que sugere capacidade cognitiva mais diferenciada e associada a maior equilíbrio emocional e maturidade.

No que diz respeito às cores elevadas, observa-se o Azul, Violeta e Cinza. O azul está relacionado com a capacidade de controle e adaptação. Considerando que a soma das cores Az4 e Az3 foi mais elevada que Az1 e Az2, isso indica possibilidade de regular ou estabilizar aspectos mais impulsivos ou excitados, indício de emoção bem controlada. O violeta está ligado à tensão e ansiedade. No caso de A3, a única tonalidade utilizada foi o Vi3, que indicaria melhores possibilidades de contenção e elaboração da ansiedade. Por último o cinza elevado implica uma possível timidez, cautela e restrição nos contatos emocionais afetivos, ou seja, retraimento defensivo, somado ao azul também elevado, parece revelar fechamento em si e indisposição para contatos interpessoais. Nas cores de baixa frequência, observa-se o amarelo, que pode sugerir uma dificuldade em canalizar e expressar emoções de maneira adequada.

No que diz respeito às síndromes, a normal está na média, o que indicaria a capacidade de manter uma conduta normal e adaptada, decorrente de certa estabilidade e

equilíbrio emocional; a de estímulo está rebaixada, o que poderia indicar uma dificuldade na capacidade de extroversão e de contato afetivo e social; a fria está elevada, pela elevação do azul e violeta; e a incolor está na média, o que poderia indicar uma capacidade em negar, atenuar ou reprimir estímulos. Finalizando a análise pela fórmula cromática, há a Moderada e Instável, o que poderia indicar tendência à instabilidade, embora menos acentuada.

Participante 25:

Mulher, 44 anos, casada, quatro filhos, advogada, superior completo, sem religião. Sua mãe foi diagnosticada com câncer de vulva há um ano e meio, e fez o total de quatro cirurgias, mais tratamento com quimioterapia e radioterapia. Porém, no início desse ano, foi diagnosticado metástase na uretra e óssea, sendo definidos os Cuidados Paliativos. M6 fala sobre a dificuldade em administrar toda a situação em domicílio e a falta de comunicação entre as equipes que cuidam de sua mãe. Afirma que a paciente não tem ciência da gravidade do quadro e que se sente muito entristecida por isso. No momento, sua mãe está em domicílio e M6 recebe ajuda de mais duas irmãs.

Análise Pirâmides Coloridas de Pfister:

Frequência das cores do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de M6.

CORES	DADO	ESPERADO	RESULTADO
Azul	26.67	18.1	Elevado
Vermelho	13.33	13.6	Média
Verde	13.33	19.7	Média
Violeta	13.33	8.5	Média
Laranja	11.11	10.8	Média
Amarelo	13.33	9.5	Elevado
Marrom	0	4	Média
Preto	4.44	4.5	Média
Branco	2.23	8.3	Baixo
Cinza	2.23	2.9	Média

Síndromes do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de M6.

Síndromes	Dado	Esperado	Resultado
Normal	53	51.4	Média
Estímulo	37	33.9	Média
Fria	53	46.3	Média
Incolor	8	15.7	Média

Aspecto Formal do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de M6.

I	Tapete puro
II	Tapete puro
III	Camada multicromática

Cores por Dupla**Az+ Am+****Fórmula cromática:** Ampla e Flexível.**Análise do resultado:**

M6 iniciou a construção com o tapete puro que, embora reflita menor grau de desenvolvimento emocional ou intelectual, indica uma possível adaptação emocional às situações cotidianas com base em um manejo relativamente harmonioso das emoções e sentimentos; e finalizou com a camada multicromática, que representa um nível não satisfatoriamente amadurecido no trato com as emoções e manejos defensivos.

No que diz respeito às cores elevadas, observa-se o Azul e Amarelo. O azul está relacionado com a capacidade de controle e adaptação. Considerando que a soma das cores Az4 e Az3 foi mais elevada que Az1 e Az2, isso indica possibilidade de regular ou estabilizar aspectos mais impulsivos ou excitados, indício de emoção bem controlada. O aumento do amarelo pode se relacionar a um exagero das manifestações afetivas, menos espontâneas, mais estilizadas e superficiais, podendo ocorrer em extratensivos bastante subordinados às exigências externas.

No que diz respeito às síndromes, a normal está na média, o que indicaria a capacidade de manter uma conduta normal e adaptada, decorrente de certa estabilidade e equilíbrio emocional; a de estímulo está na média, o que poderia indicar capacidade de extroversão e de contato afetivo e social; a fria está na média; e a incolor está na média, o que poderia indicar boa capacidade de negar, atenuar ou reprimir estímulos. Finalizando a análise pela fórmula cromática, há a Ampla e Flexível, o que poderia indicar uma capacidade de ação e realização de modo mais energético e talvez mais direcionado para objetivos definidos.

Participante 26:

Mulher, 42 anos, casada, dois filhos, desempregada, superior completo, católica. Sua mãe foi diagnosticada com câncer de vulva há um ano e meio, e fez o total de quatro cirurgias, mais tratamento com quimioterapia e radioterapia. Porém, no início desse ano, foi diagnosticado metástase na uretra e óssea, sendo definidos os Cuidados Paliativos. C3 relata que mora nos Estados Unidos e que veio ao Brasil após o encaminhamento aos Cuidados Paliativos para estar ao lado da mãe e das irmãs. Fala sobre as dificuldades nos cuidados com a mãe, especialmente agora que estão em domicílio e pela complexidade de cuidados que ela precisa, especialmente de higiene. Emociona-se ao falar sobre sua relação com a mãe, mesmo a distância durante anos.

Análise Pirâmides Coloridas de Pfister:**Frequência das cores do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de C3.**

CORES	DADO	ESPERADO	RESULTADO
Azul	42.22	18.1	Elevado
Vermelho	0	13.6	Baixo
Verde	46.67	19.7	Elevado
Violeta	6.67	8.5	Média
Laranja	0	10.8	Baixo
Amarelo	4.44	9.5	Baixo
Marrom	0	4	Média
Preto	0	4.5	Média
Branco	0	8.3	Baixo
Cinza	0	2.9	Média

Síndromes do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de C3.

Síndromes	Dado	Esperado	Resultado
Normal	88.89	51.4	Elevado
Estímulo	4.44	33.9	Baixo
Fria	95.56	46.3	Elevado
Incolor	0	15.7	Baixo

Aspecto Formal do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de C3.

I	Formação simétrica
II	Formação simétrica
III	Formação simétrica

Fórmula cromática: Restrita e Flexível.

Análise do resultado:

C3 iniciou e finalizou a construção com a formação simétrica, que sugere certa

insegurança, instabilidade interna e busca de equilíbrio mediante comportamento cauteloso e prudente. No que diz respeito às cores elevadas, observa-se o Azul e Verde. O azul está relacionado com a capacidade de controle e adaptação. Considerando que a soma das cores Az4 e Az3 foi mais elevada que Az1 e Az2, isso indica possibilidade de regular ou estabilizar aspectos mais impulsivos ou excitados, indício de emoção bem controlada. O verde é considerado a cor que mais se relaciona com a esfera do contato e dos relacionamentos afetivos e sociais, porém o seu aumento pode indicar uma sobrecarga de estimulação que pode gerar ansiedade e provocar ruptura do equilíbrio interno, se não houver outros fatores reguladores (no caso de C3, o azul está elevado).

Nas cores de baixa frequência, observa-se o Vermelho, Laranja e Amarelo que são cores de estimulação, e seu rebaixamento pode levar a hipótese de labilidade estrutural, enfraquecimento da possibilidade de descarga emocional, repressões, inibições, influenciabilidade, passividade ou submissão e uma dificuldade em canalizar e expressar emoções de maneira adequada. No que diz respeito às síndromes, a normal está elevada, o que indicaria a capacidade de manter uma conduta normal e adaptada, decorrente de certa estabilidade e equilíbrio emocional; a de estímulo está rebaixada, o que poderia indicar uma dificuldade na capacidade de extroversão e de contato afetivo e social; a fria está elevada, podendo indicar ansiedade, tensão e afastamento de contatos; e a incolor está rebaixada, o que poderia indicar falta de elementos estabilizadores. Finalizando a análise pela fórmula cromática, há a Restrita e Flexível, que caracterizando pessoas cautelosas e inibidas, mas que conseguem adaptar-se ao ambiente, desde que se afastem das situações mais carregadas emocionalmente.

Participante 27:

Mulher, 40 anos, casada, um filho, dona de casa, superior completo, espírita. Sua mãe foi diagnosticada com câncer de vulva há um ano e meio, e fez o total de quatro cirurgias, mais tratamento com quimioterapia e radioterapia. Porém, no início desse ano, foi diagnosticado metástase na uretra e óssea, sendo definidos os Cuidados Paliativos. L. emociona-se muito no discurso, especialmente pela percepção da evolução da doença de sua mãe e sente-se insegura por ela não ter ciência do próprio prognóstico, com receio da mãe “se entregar” quando souber. Relata sobre a importância do apoio, tanto nos cuidados diários quanto emocional, que recebe de suas duas irmãs. Sua mãe atualmente está recebendo acompanhamento de equipe multiprofissional em domicílio.

Análise Pirâmides Coloridas de Pfister:

Frequência das cores do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de L.

CORES	DADO	ESPERADO	RESULTADO
Azul	24.44	18.1	Elevado
Vermelho	11.11	13.6	Média
Verde	15.56	19.7	Média
Violeta	11.11	8.5	Média
Laranja	11.11	10.8	Média
Amarelo	11.11	9.5	Média
Marrom	0	4	Média
Preto	6.67	4.5	Média
Branco	2.23	8.3	Média
Cinza	6.67	2.9	Elevado

Síndromes do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de L.

Síndromes	Dado	Esperado	Resultado
Normal	51.11	51.4	Média
Estímulo	33.33	33.9	Média
Fria	51.11	46.3	Média
Incolor	15.56	15.7	Média

Aspecto Formal do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de L.

I	Formação simétrica
II	Tapete com início de ordem
III	Tapete puro

Cores por Dupla

Az+ Ci+

Fórmula cromática: Ampla e Flexível.

Análise do resultado:

L. iniciou a construção com a formação simétrica, que sugere certa insegurança, instabilidade interna e busca de equilíbrio mediante comportamento cauteloso e prudente; seguiu com o tapete com início de ordem, que significa melhores possibilidades de adaptação e busca de equilíbrio emocional, embora ainda não suficientemente desenvolvidos; e finalizou com o tapete puro, que, embora reflita menor grau de desenvolvimento emocional ou intelectual, indicaria uma possível adaptação emocional às situações cotidianas com base em um manejo relativamente harmonioso das emoções e sentimentos. Ou seja, iniciou a construção com estruturas menos organizadas e foi desenvolvendo uma construção mais complexa, o que sugere uma capacidade gradativa de adaptação e de mobilização de recursos defensivos e intelectuais para lidar com as

situações.

No que diz respeito às cores elevadas, observa-se o Azul e Cinza. O azul está relacionado com a capacidade de controle e adaptação. Considerando que a soma das cores Az4 e Az3 foi mais elevada que Az1 e Az2, isso indica possibilidade de regular ou estabilizar aspectos mais impulsivos ou excitados, indício de emoção bem controlada. O cinza elevado implica uma possível timidez, cautela e restrição nos contatos emocionais afetivos, ou seja, retraimento defensivo, somado ao azul também elevado, parece revelar fechamento em si e indisposição para contatos interpessoais.

No que diz respeito às síndromes, a normal está na média, o que indicaria a capacidade de manter uma conduta normal e adaptada, decorrente de certa estabilidade e equilíbrio emocional; a de estímulo está na média, o que poderia indicar capacidade de extroversão e de contato afetivo e social; a fria está na média; e a incolor está na média, o que poderia indicar boa capacidade de negar, atenuar ou reprimir estímulos. Finalizando a análise pela fórmula cromática, há a Ampla e Flexível, o que poderia indicar uma capacidade de ação e realização de modo mais energético e talvez mais direcionado para objetivos definidos.

Participante 28:

Mulher, 24 anos, solteira, sem filhos, trabalha com RH, superior incompleto, católica. Sua mãe foi diagnosticada com câncer de pulmão há três anos, realizou o tratamento com quimioterapia, radioterapia e cirurgia. Porém há quatro meses foi descoberta metástase, e sua mãe entrou para o programa de Cuidados Paliativos. G2 emociona-se no discurso, relatando a dificuldade em cuidar da mãe em um momento como esse, especialmente por sentir-se constantemente ansiosa e atenta. Afirma que sempre foram muito próximas, e que vê-la com essa doença tem causado muito estresse, verbalizando que, no momento, está fazendo terapia. Refere sentir-se cansada, chora com muita frequência, porém tem o apoio do namorado. Sua mãe está recebendo os cuidados em domicílio e recebe ajuda de sua irmã e de seu pai.

Análise Pirâmides Coloridas de Pfister:

Frequência das cores do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de G2.

CORES	DADO	ESPERADO	RESULTADO
Azul	8.89	18.1	Baixo
Vermelho	20	13.6	Elevado
Verde	6.67	19.7	Baixo
Violeta	33.33	8.5	Elevado
Laranja	0	10.8	Baixo
Amarelo	0	9.5	Baixo
Marrom	0	4	Média
Preto	0	4.5	Média
Branco	20	8.3	Elevado
Cinza	11.11	2.9	Elevado

Síndromes do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de G2.

Síndromes	Dado	Esperado	Resultado
Normal	35.56	51.4	Baixo
Estímulo	20	33.9	Baixo
Fria	48.89	46.3	Média
Incolor	31.11	15.7	Elevado

Aspecto Formal do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de G2.

I	Camada multicromática
II	Estrutura em escada
III	Tapete furado

Cores por Dupla

Vm+ Vi+

Ci+ Vm+

Vm+ Br+

Vd- Vm+

Fórmula cromática: Moderada e Instável.

Análise do resultado:

G2 iniciou a construção com camada multicromática, que indica um nível não satisfatoriamente amadurecido no trato com as emoções e manejos defensivos; seguiu para a estrutura em escada, que corresponde a estados conflitivos atuais que comprometem o equilíbrio emocional, apesar de certo esforço para aparentar estabilidade, há um sentimento de eminente perda do equilíbrio emocional decorrente da fragilidade nos esquemas defensivos que podem se desorganizar em qualquer situação mais extrema; e finaliza com o tapete furado, denotando indícios de perturbação grave provenientes de

dissociações no curso do pensamento.

No que diz respeito às cores elevadas, observa-se o Vermelho, Violeta, Branco e Cinza. O vermelho é a cor que está ligada a extroversão, à irritabilidade, a impulsividade (associado ao rebaixamento de indicadores de controle, como o Az). A violeta está ligada à tensão e ansiedade, sendo o Vi2 o tom mais utilizado, que está associado mais à ansiedade excitada, sendo resultado de conflitos ou de uma inquietude. Em geral indica insatisfação, medo e imprevisibilidade de atitudes. O vermelho e o violeta elevados apontam para a excitação e impulsividade, podendo ter descargas explosivas e imprevisíveis. Branco acima do esperado aponta para vulnerabilidade e ausência de suficientes mecanismos de controle. Impulsividade ou reações inesperadas também se associam ao aumento do branco (especialmente se acompanhamento pelo aumento do Vermelho e diminuição do azul ou preto, como é o caso). A cinza implica em possível timidez, cautela e restrição nos contatos emocionais como defesa contra o temor de não satisfação das necessidades afetivas. A insatisfação constante tende a criar problemas de relacionamento, já que procuram encobrir suas dificuldades - tendência a criar conflitos.

Nas cores de baixa frequência, observa-se o Azul, Verde, Laranja e Amarelo. O azul está relacionado com a capacidade de controle e adaptação, o que poderia indicar que os mecanismos de contenção estão insuficientes e está sujeita ao descontrole. O verde rebaixado pode indicar certa insensibilidade emocional e abertura para os relacionamentos, levando a um retraimento social; sobrecarga de estimulação que pode gerar ansiedade e provocar ruptura do equilíbrio interno. A laranja é interpretada como a cor da ambição, anseio de produção e desejo de fazer-se valer pela produtividade e o seu rebaixamento pode indicar repressões, inibições, influenciabilidade, passividade ou submissão. A diminuição do amarelo pode indicar dificuldade em canalizar e expressar emoções de maneira adequada.

No que diz respeito às síndromes, a normal rebaixada, o que poderia indicar uma dificuldade em manter uma conduta adaptada, que seria em decorrência de certa estabilidade e equilíbrio emocional; a de estímulo está rebaixada, o que poderia indicar uma dificuldade na capacidade de extroversão e de contato afetivo e social; a fria está na média; e a incolor está elevada, especialmente em função do branco, que indicaria fragilidade e insegurança. Finalizando a análise pela fórmula cromática, há a Moderada e Instável, o que poderia indicar tendência à instabilidade, embora menos acentuada.

Participante 29:

Homem, 43 anos, solteiro, sem filhos, vendedor, superior incompleto, espírita. Sua mãe foi diagnosticada com câncer de pâncreas avançado no início desse ano e está fazendo um tratamento quimioterápico para controle de sintomas. F. é filho único e, por isso, assumiu as responsabilidades dos cuidados com a mãe. Diz que sempre tiveram uma relação próxima, mas afirma que se sente desconfortável nessa posição de cuidador. No momento a mãe encontra-se internado em uma instituição hospitalar.

Análise Pirâmides Coloridas de Pfister:

Frequência das cores do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de F.

CORES	DADO	ESPERADO	RESULTADO
Azul	48.89	18.1	Elevado
Vermelho	0	13.6	Baixo
Verde	44.44	19.7	Elevado
Violeta	0	8.5	Baixo
Laranja	0	10.8	Baixo
Amarelo	4.44	9.5	Baixo
Marrom	0	4	Média
Preto	0	4.5	Média
Branco	2.23	8.3	Média
Cinza	0	2.9	Média

Síndromes do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de F.

Síndromes	Dado	Esperado	Resultado
Normal	93.33	51.4	Elevado
Estímulo	4.44	33.9	Baixo
Fria	93.33	46.3	Elevado
Incolor	2.23	15.7	Baixo

Aspecto Formal do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de F.

I	Camada monocromática
II	Camada multicromática
III	Camada monocromática

Cores por Dupla

La- Vi-

Fórmula cromática: Restrita e Instável

Análise do resultado:

F. iniciou e finalizou a construção com estruturas em camadas. As formações em camadas representam um nível não satisfatoriamente amadurecido do trato com as emoções e nos manejos defensivos. No que diz respeito às cores elevadas, observa-se o

Azul e o Verde. O azul está relacionado com a capacidade de controle e adaptação. Entretanto, no caso de F. a somatória dos tons Az1 e Az2 foi mais elevado que Az4 e Az3, o que indicaria que os mecanismos de contenção podem ser insuficientes e a pessoa está mais sujeita ao descontrole, especialmente se houver presença de tons mais quentes ou cores mais vivas (que não é o caso). O verde é considerado a cor que mais se relaciona com a esfera do contato e dos relacionamentos afetivos e sociais, porém o seu aumento pode indicar uma sobrecarga de estimulação que pode gerar ansiedade e provocar ruptura do equilíbrio interno, se não houver outros fatores reguladores (no caso de F., o azul está elevado). Nas cores de baixa frequência, observa-se a Vermelha, Laranja e Amarelo que são cores de estimulação, e seu rebaixamento pode levar a hipótese de labilidade estrutural, enfraquecimento da possibilidade de descarga emocional, repressões, inibições, influenciabilidade, passividade ou submissão e uma dificuldade em canalizar e expressar emoções de maneira adequada. Violeta é tradicionalmente ligada a tensão e ansiedade e seu rebaixamento poderia estar associado à negação dos impulsos e da ansiedade decorrente da intolerância a suportar conflitos.

No que diz respeito às síndromes, a normal está elevada, o que indicaria a capacidade de manter uma conduta normal e adaptada, decorrente de certa estabilidade e equilíbrio emocional; a de estímulo está rebaixada, o que poderia indicar uma dificuldade na capacidade de extroversão e de contato afetivo e social; a fria está elevada, especialmente pelo azul e verde; e a incolor está baixa, o que poderia indicar falta de elementos estabilizadores. Finalizando a análise pela fórmula cromática, há a Restrita e Instável, o que aponta significativamente para um sentimento de instabilidade controlado por mecanismos inibitórios que restringem a ação ou mesmo o campo de interesse.

Participante 30:

Mulher, 28 anos, solteira, sem filhos, psicóloga, superior completo, católica. Sua mãe foi diagnosticada com câncer no ovário há dois anos, realizou o tratamento com quimioterapia e cirurgia. Porém no início desse ano a doença retornou e descobriram novos tumores. R3 emociona-se no relato, especialmente quanto retoma momentos com a sua mãe. Diz que seu pai faleceu quando era criança (por um melanoma) e sempre foi muito próxima a sua mãe. Afirma que trabalha em um hospital oncológico e que ter o conhecimento da doença a deixa mais angustiada e entristecida. Atualmente sua mãe está internada em uma instituição de Cuidados Paliativos.

Análise Pirâmides Coloridas de Pfister:

Frequência das cores do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de R3.

CORES	DADO	ESPERADO	RESULTADO
Azul	42.22	18.1	Elevado
Vermelho	6.67	13.6	Baixo
Verde	13.33	19.7	Média
Violeta	37.78	8.5	Elevado
Laranja	0	10.8	Baixo
Amarelo	0	9.5	Baixo
Marrom	0	4	Média
Preto	0	4.5	Média
Branco	0	8.3	Baixo
Cinza	0	2.9	Média

Síndromes do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de R3.

Síndromes	Dado	Esperado	Resultado
Normal	62.22	51.4	Elevado
Estímulo	6.67	33.9	Baixo
Fria	93.33	46.3	Elevado
Incolor	0	15.7	Baixo

Aspecto Formal do Teste de Pirâmides Coloridas de Pfister de R3.

I	Camada monocromática
II	Camada multicromática
III	Camada multicromática

Fórmula cromática: Restrita e Instável

Análise do resultado:

R3 iniciou e finalizou a construção com estruturas em camadas. As formações em camadas representam um nível não satisfatoriamente amadurecido do trato com as emoções e nos manejos defensivos. No que diz respeito às cores elevadas, observa-se o Azul e Violeta. O azul está relacionado com a capacidade de controle e adaptação. Considerando que a soma das cores Az4 e Az3 foi mais elevada que Az1 e Az2, isso indica possibilidade de regular ou estabilizar aspectos mais impulsivos ou excitados, indício de emoção bem controlada. O violeta está ligado à tensão e ansiedade. No caso de R3, o número de Vi1, Vi2 e Vi3 são igualmente elevados. O primeiro indicaria uma ansiedade vinculada ao medo do desamparo e de sentir-se indefeso. O segundo indicaria insatisfação, medo e imprevisibilidade de atitudes. E o terceiro indicaria melhores possibilidades de contenção e elaboração da ansiedade. Nas cores de baixa frequência, observa-se a Vermelha, Laranja e Amarelo que são cores de estimulação, e seu

rebaixamento pode levar a hipótese de labilidade estrutural, enfraquecimento da possibilidade de descarga emocional, repressões, inibições, influenciabilidade, passividade ou submissão e uma dificuldade em canalizar e expressar emoções de maneira adequada.

No que diz respeito às síndromes, a normal está elevada, o que indicaria a capacidade de manter uma conduta normal e adaptada, decorrente de certa estabilidade e equilíbrio emocional; a de estímulo está baixa, o que poderia indicar uma dificuldade capacidade de extroversão e de contato afetivo e social; a fria está elevada, podendo indicar ansiedade, tensão e afastamento de contatos; e a incolor está baixa, o que poderia indicar falta de elementos estabilizadores. Finalizando a análise pela fórmula cromática, há a Restrita e Instável, o que aponta significativamente para um sentimento de instabilidade controlado por mecanismos inibitórios que restringem a ação ou mesmo o campo de interesse.

ANEXO D

Dados dos participantes versus os índices compatíveis com a média

Considerando o resultado da média dos participantes, são apresentadas na Figura 26 e Figura 27 uma visualização do resultado de cada um dos participantes versus os dos índices compatíveis com a média para os percentuais das cores e das síndromes.

Figura 26. Valores das Cores – indivíduo versus indivíduo médio

Fonte: elaboração própria da autora.

Figura 27. Valores das Síndromes – indivíduo versus indivíduo médio.

Fonte: elaboração própria da autora.

ANEXO E

Média Geral dos resultados das cores pelas características em análise

Tabela 25

Média para as cores por características demográficas em porcentagem

Característica	Grupo	Azul	Vermelho	Verde	Violeta	Laranja	Amarelo	Marrom	Preto	Branco	Cinza
Sexo	Feminino	26.1	15.6	13.0	18.4	7.2	7.1	1.7	3.0	5.8	2.1
	Masculino	32.7	8.9	23.2	8.3	5.1	3.2	4.1	10.5	2.9	1.3
Profissão	Desempregado	28.3	9.5	26.0	13.3	5.1	7.0	3.2	2.9	2.5	2.2
	Estudante	27.8	14.4	14.4	22.2	13.3	6.7	0.0	0.0	0.0	1.1
	Exatas	30.0	12.8	15.0	6.1	7.8	5.0	3.9	14.4	4.4	0.6
	Humanas	29.6	14.7	14.4	14.0	6.9	4.2	2.7	4.0	6.7	2.9
	Saúde	22.9	18.1	6.7	25.4	5.4	8.9	0.6	3.5	7.3	1.3
Religião	Ateu	23.0	14.1	15.6	7.4	5.2	5.2	5.2	19.3	4.4	0.7
	Católica	29.1	13.2	15.0	17.9	6.4	5.1	2.6	2.6	5.7	2.3
	Espirita	25.8	15.8	16.4	14.7	7.8	9.2	0.6	4.4	3.9	1.4
Diagnóstico	ALZ	23.7	16.3	17.0	8.5	8.1	8.1	4.4	8.5	3.0	2.2
	Câncer	28.6	13.4	15.0	17.9	6.3	5.7	1.8	3.8	5.6	1.9
C.P.	Domiciliar	25.6	13.5	13.5	16.1	7.0	6.2	3.4	5.0	6.5	3.1
	Hospitalar	29.6	14.5	17.3	15.9	6.4	6.2	1.2	4.4	3.7	0.7
Recebe ajuda	Não	28.7	13.8	14.9	20.0	7.2	7.2	1.5	0.5	4.4	1.7
	Sim	26.8	14.1	15.8	12.9	6.3	5.5	2.9	8.0	5.6	2.1

Figura 28. Médias para as cores por características demográficas

Fonte: elaboração própria da autora