

APLICAÇÃO DE TESTE PSICOMÉTRICO (PFISTER) EM IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER: Uma visão bioética

Débora Teixeira da Cruz (1); Paulo Roberto Haidamus de Oliveira Bastos (2)

Faculdade Unigran Capital deltc@ig.com.br

Universidade Federal de Mato Grosso Do Sul phaidamus43@gmail.com

Resumo: A velhice é um processo natural, marcado por alterações biopsicossociais significativas. Entretanto essas alterações articulam com a qualidade e estilo de vida adotado pela pessoa, e muitas vezes dependem da estrutura psicológica e fatores hereditários. O objetivo deste estudo foi averiguar a autonomia da pessoa com doença de Alzheimer, institucionalizado, por meio do teste projetivo Pirâmides coloridas de Pfister. O delineamento da pesquisa foi do tipo quantitativo, transversal, descritivo, exploratório, não interventivo, epidemiológico. A coleta de dados foi realizada em associações vinculadas ao Asilo São João Bosco (Paroquia) realizado no período de agosto de 2015 a julho de 2016. A amostra foi constituída de 34 participantes. Os resultados A média da idade foi de 80,02 anos, a pesquisa foi realizada com 11 participantes do sexo masculino (32,25%) e 23 do sexo feminino (67,65%) da amostra. (79,4%) não definiram grau de escolaridade, enquanto (14,70%) afirmaram ter cursado o ensino fundamental e (5,9%) fizeram cursaram o 2º grau do ensino médio. Este estudo justifica a necessidade de rever conceitos qualitativos e projetivos racional, emocional das pessoas que são acometidas da doença de Alzheimer se perdem totalmente ou parcialmente a autonomia, e ainda se é possível responder a demandas que os profissionais. Conclui-se que mesmo com resultados parciais da tese de doutoramento em saúde, forma relevantes os resultados já caracterizados que confirmam dados sobre a teoria, bem como a contribuição da psicologia na discussão as demais profissões para o cuidado das pessoas que são acometidas pela doença de Alzheimer.

Palavras Chave: Saúde; Testes; Pacientes; Autonomia; Psicologia

Introdução

De acordo com uma reportagem de Claudia Colluci na folha de São Paulo em março de 2014, a estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), afirma que a população de idosos nos próximos 20 anos tende a triplicar, segundo a autora dois 22, 9 milhões que representa (11,34% da população) vai passar para 88,6 milhões uma taxa de (39,2%). Entende-se neste contexto que a expectativa e longevidade de vida do idoso passarão de 75 anos para 81 anos. Portanto tudo isso pode ser entendido como um impacto nos cuidados da saúde e qualidade de vida dos idosos. Observa-se que a população de idosos na região Centro Oeste teve um crescimento, passando de 3,3% em 1991, para 4,3% em 2000 e 5,8% em 2010.

Enquanto a Secretaria Nacional de Promoção Defesa dos Direitos Humanos (2013) afirma que:

“Uma das maiores conquistas culturais de um povo em seu processo de humanização é o envelhecimento de sua população, refletindo uma melhoria das condições de vida. De acordo com projeções das Nações Unidas (Fundo de Populações) “uma em cada 9 pessoas

no mundo tem 60 anos ou mais, e estima-se um crescimento para 1 em cada 5 por volta de 2050". (...) Em 2050 pela primeira vez haverá mais idosos que crianças menores de 15 anos. Em 2012, 810 milhões de pessoas têm 60 anos ou mais, constituindo 11,5% da população global. Projeta-se que esse número alcance 1 bilhão em menos de dez anos e mais que duplique em 2050, alcançando 2 bilhões de pessoas ou 22% da população global".

Percebe-se que para entender o crescimento da população idosa é necessário refletir sobre a razão de dependência total, que leva em conta o quociente de pessoas dependentes. Este resultado ainda foi discrepante segundo o IBGE, entre 2002 e 2012 aumentou de 14,9 para 19,6 a razão de pessoas de 60 anos ou mais para cada grupo em idade potencialmente ativa. Os dados representam uma expectativa para que esse número triplique nos próximos 50 anos, chegando a 63,2 pessoas de 60 anos ou mais para cada 100 em idade potencialmente ativa em 2060.

A velhice é um processo natural, marcado por alterações biopsicossociais significativas. Entretanto essas alterações articulam com a qualidade e estilo de vida adotado pela pessoa, e muitas vezes dependem da estrutura psicológica e fatores hereditários. Na contemporaneidade existe uma variabilidade das pessoas idosas muitas vezes revelando condições vitais satisfatórias, buscando manter atividades físicas e psíquicas, porém existem outras que a própria natureza as debilita naturalmente causada pelo desgaste orgânico, ordem genética, hereditária, fazendo com que o idoso necessite dos cuidados atenção e afetividade de outras pessoas no que diz respeito às necessidades básicas, como por exemplo: locomoção, alimentação e hábitos de higiene entre outros. Tais condições refletem no convívio social evidenciando dependência e muitas vezes sentimento de culpa (TEODORO, 2010).

Ferreira *et al* (2012) afirmam que o envelhecimento na contemporaneidade está cada vez mais avançado em questão de qualidade de vida, referenciado ao desenvolvimento tecnológico e científico. Para tanto os autores discutem que o importante é aceitar a velhice como desafio ativo, saudável e positivo, embora alguma nuance são encontradas no caminho que obstruem a realização biológica, pessoal, social e até mesmo cultural.

Entretanto a psicologia discute as questões do desenvolvimento buscando compreender e refletir sobre o processo interativo do ser humano com o mundo a qual vivencia os momentos naturais e oportunos que a vida lhe oferece, portanto o envelhecimento é um declínio natural, e cabe entender e correlacionar o desenvolvimento humano com uma curva de Gauss, determinando a ascendência caracterizada como desenvolvimento I, enquanto no desenvolvimento II aparentemente representa uma estabilidade, e por fim no desenvolvimento III é o processo de declínio, tendo em vista que mesmo com a alta tecnologia e cientificidade nenhum indivíduo ficará inerte de tal

processo. O enfoque nesse estudo é entender o desenvolvimento III relacionado a autonomia do idoso com doença de Alzheimer.

O aumento da taxa de envelhecimento segundo Neri *et al.* (2012) foi caracterizado através da tríade de fenômenos como por exemplo: redução da taxa de natalidade, redução de taxa de mortalidade e aumento da expectativa de vida na terceira idade resultando quantitativo relevante de processos positivos e negativos para a sociedade.

Doença de Alzheimer

A anatomia do crânio é formada por três partes principais: O cérebro que preenche a maior parte do crânio e não chega a pesar 1,5 kg, apresenta uma textura gelatinosa e firme. Está dividido em dois hemisférios, direito e esquerdo, que controla os movimentos nos sentidos opostos, os hemisférios são subdivididos por lobos frontal (está associado à atividade motora, articulação da fala, pensamento e planejamento – responsável por cognição e memória), temporal, parietal, occipital, as subdivisões são denominadas por giros e sulcos que delimitam as áreas das lembranças, resolução de problemas, pensamentos, sentimentos, sensações, imagens, olfato, tato e ainda o controle dos movimentos voluntários (SOBOTTA, 2012).

A função do cérebro é realizada por células que receberam o nome de glia e neurônios. Um cérebro adulto contém cerca de 100 bilhões de células nervosas, ou neurônios, com ramificações que se conectam em mais de 100 trilhões de pontos. De acordo Sobotta (2012) é através deste sistema de ramificações que o organismo do ser humano funciona destacando a memória, pensamentos e sentimentos, conforme a intenção e descrição deste estudo. As células nervosas são interligadas através das sinapses, e uma descarga elétrica transfere em explosão substâncias química que são definidas como neurotransmissores. Os neurotransmissores viajam através da sinapse, transportando sinais para outras células.

A doença de Alzheimer (DA) foi descoberta na primeira década do século XX pelo neuropatologista Alois Alzheimer que descreveu sobre a doença enquanto acompanhava uma paciente de 51 anos com uma alteração no tecido cerebral, e desde então deu continuidade no estudo sobre a causa da então chamada Doença de Alzheimer (DA) chegando à conclusão que a doença era do tipo degenerativo e progressivo, e que gerava alto custo para o poder público, entre outros desgastes para o cuidador e profissionais (GAIOLI, 2010).

A doença de Alzheimer é caracterizada como neuro degenerativo e pode ser relacionada a genética ou esporádica, neste sentido Alegria (2012) afirma que quando a doença tem um pré

diagnóstico, ou seja, os sintomas aparecem por volta dos 30 a 40 anos, a mesma é identificada como esporádica o que ocorre no maior índice dos diagnósticos acontece aos 60 anos.

Na estrutura cerebral e com ênfase na doença de Alzheimer é de suma importância descrever sobre a córtex cerebral, é a superfície enrugada do seu cérebro camada externa. No mapeamento do córtex foram identificadas áreas fortemente ligadas a determinadas funções, conforme já foi descrita na definição do cérebro, essa o que denominamos de massa cinzenta e massa branca regiões específicas do córtex: Interpreta sensações do seu corpo e imagens, sons e cheiros do mundo externo. Cria pensamentos, resolve problemas e faz plano. Forma e guarda lembranças e ainda controla os movimentos voluntários.

Memória

Essa é uma área de estágios que são classificados de leve a moderado, as regiões do cérebro importantes para memória, pensamento e planejamento desenvolvem mais placas e emaranhados que estavam presentes nos estágios iniciais. Como resultado disso, os indivíduos desenvolvem problemas com a memória e o pensamento a ponto de interferir no trabalho ou na vida social. Eles também podem ficar confusos e ter dificuldades ao lidar com dinheiro, ao se expressarem e para organizarem os pensamentos. Muitas pessoas com Alzheimer são diagnosticadas durante estes estágios (ALEGRIA, 2012).

As placas e os emaranhados também se espalham para regiões envolvidas com a fala e compreensão de discurso, percepção de onde o corpo está em relação aos objetos ao seu redor. Conforme a doença de Alzheimer avança, os indivíduos podem passar por alterações na personalidade e no comportamento e apresentar dificuldades para reconhecer amigos e familiares. No estágio avançado de Alzheimer, a maior parte do córtex está gravemente danificada. O cérebro tende a encolher em função da morte de células em todo o órgão. As pessoas perdem a capacidade de se comunicarem, de reconhecerem a família e as pessoas queridas e do autocuidado.

Bioética

Tendo em vista que de acordo a Organização Mundial de Saúde (1998) o aumento expressivo de idosos não se deve somente a baixa taxa de fecundidade, mas a longevidade que vem aumentando a cada ano. Neste sentido, Beauchamp e Childress (2002) afirmam que os serviços públicos e profissionais da saúde que prestam assistência aos indivíduos tanto no gerenciamento da assistência quanto na tomada de decisões podem acarretar dilema bioético que leva a refletir sobre a intervenção nos casos apresentados, sendo de suma importância o princípio bioético que pode

nortear na tomada de decisões dos processos terapêutico, visto que estes podem sobrepor a situações de conflitos, de práticas institucionais e disposições legais, neste caso é relevante a orientação bioética no cuidado aos idosos portadores de demências neuro degenerativas, em especial como a Doença de Alzheimer.

Compreende-se que os princípios bioéticos são indicados para nortear e direcionar condutas em relação aos cuidados dos pacientes, tanto nos valores morais, quanto para as atitudes e crenças dos profissionais que subsidiam o cuidado na apresentação de implicações assistencial. Nessa abordagem, com tantos questionamentos e incertezas, os dilemas bioéticos decorrentes das mais diversas situações relacionadas à tomada de decisão durante a abordagem clínica têm causado muitas reflexões nos profissionais da área da saúde. Tal fato torna-se preocupante quando há divergências de opiniões que permeiam nas ocorrências, marcadas pela presença do dilema moral (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Cohen e Segre (2002) afirmam que o dilema moral requer um posicionamento em que o agente deve adotar uma única alternativa, no entanto, nenhum dever moral pode ser desconsiderado. Por essa razão, quando os valores morais deparam com os conflitos, existe a necessidade de esclarecimento dos enfoques divergentes, oferecendo possibilidades para uma resposta adequada ao atendimento clínico.

Neste sentido, existe a preocupação de ir além dos valores morais, do agir ético impondo valores que é percebida pela autonomia e afetividade do indivíduo; a partir do momento em que este é compreendido por princípios bioético em respeito ao ser humano, visualizando-o como um sujeito atuante e autônomo (COHEN; SEGRE, 2002).

Entretanto observa-se que o principialismo bioético é o processo de confrontação de fatos biopsicossociais dos valores humanos, a fim de globalizar os juízos acerca das situações na melhor forma de tomada de decisões, aumentando a correção e qualidade de vida do sujeito acometido pela doença de Alzheimer, faz se necessário uma avaliação do perfil dos portadores da doença e o tipo de intervenção no cuidado afetivo a fim de adotar condutas adequadas ao caso, ressaltando o papel de disposições ético-legais que respaldando o gerenciamento do plano de atenção e intervenção à pessoa idosa (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

O campo de trabalho dos Psicólogos da Saúde é, portanto, o campo biopsicossocial das patologias humanas que considera como doença: a desarmonia e o desafio podendo ser diagnosticado como causa orgânica ou psíquica (DALGALARROND, 2008).

Tendo em vista que pode ser através da manifestação das doenças que indicia o bloqueio e o desenvolvimento do homem como ser íntegro dentro de sua cultura social. Como coloca Kant “é o campo que contempla o homem, como um fim em si mesmo”, entretanto é neste contexto que Beauchamp; Childress (2002) afirmam que o respeito à autonomia da pessoa pode ser resgatado dentro dos princípios da bioética.

A psicologia busca uma visão interdisciplinar, no processo de transformar os aspectos do cuidado, saúde e doença aferindo a afetividade para uma melhor qualidade de vida. Essa preocupação refere-se a um movimento dentro das ciências humanas e biológicas no sentido de valorizar princípios éticos tanto no controle de sintomas, quanto na diminuição de stress (HORIGUCHI, 2010). Esse campo visa o estudo das relações entre comportamento e saúde no enfoque da promoção da saúde, prevenção e auxílio no tratamento de doenças. É preciso refletir acerca da formação profissional, da postura ética e do desenvolvimento de pesquisas na área.

Para compreender a natureza complexa dos fenômenos que demandam a intervenção do psicólogo, nos diversos domínios do seu campo de atuação, é necessário aliar às concepções emergentes que procuram ver o fenômeno psicológico nas suas interações, conduzindo à integração de múltiplas perspectivas profissionais.

Dessa forma para Oliveira e Ribeiro (2000) o trabalho interdisciplinar torna-se imperativo ao enfrentar o problema por mais facetas que ele apresente. Exigindo do psicólogo um imenso campo a ser explorado na saúde do paciente com doença de Alzheimer quanto na saúde do cuidador. Tendo em vista que dentro da equipe multiprofissional nos programas de saúde pública, é de suma importância desenvolver ferramentas e habilidades profissionais para lidar com as doenças: emergentes, reemergentes, crônicas e clínicas a fim de relacionar o trabalho como um todo.

Além das mudanças de comportamento e conhecimento aprofundado sobre personalidade, autoestima, desenvolvimento humano, entre outros. Entende-se que todas as contribuições profissionais são importantes dentro das propostas interdisciplinares para ações em saúde (OLIVEIRA; RIBEIRO, 2000).

Teste Projetivo

Os métodos projetivos são utilizados desde o início do século XX. Entretanto, muitos psicólogos preferem a utilização dos testes objetivos principalmente durante a década de sessenta quando estes ganharam prestígios, gerando insegurança no uso dos testes projetivos, ou ate mesmo pela dificuldade de avaliação. O preconceito contra os testes projetivos foi responsável pelo declínio

de seu uso, inclusive por autores renomados. O que também dependia da corrente teórica, sendo uma forte indicação para Gestalt e Psicanálise. Alguns conceitos psicanalíticos que oferecem fundamento para estes métodos: projeção, elaboração das fantasias, personificação e formação de compromisso. Pretendemos assim contribuir para fortalecer a confiança na interpretação dos materiais produzidos por associação livre diante dos materiais utilizados por estas técnicas (PINTO, 2014)

As técnicas projetivas buscam estimular de forma intensa e exteriorizar o mundo interno do sujeito testado, os elementos utilizados tem uma capacidade para estimular e evidenciar a resposta qualitativa a ser avaliada. Entende-se que a percepção dos estímulos ocorre a partir de fatores externos e internos e a forma em que estes se organizam, priorizando as necessidades do indivíduo.

O teste Pirâmides coloridas de Pfister é composto de material simples e de fácil manuseio, constituído por um conjunto de quadrículos coloridos composto de 10 cores subdivididas em 10 tonalidades. Havendo no mínimo 45 unidades de cada tom e a mesma quantidade para todos os tons, com um conjunto de três cartelas contendo o esquema de uma pirâmide, uma folha de protocolo, o mostruário das cores (24 matizes) de 2012 é uma reimpressão do manual de 2005.

A aplicação do teste é individual, deve ser um ambiente com boa iluminação, sendo esta uma das condições básicas, já que a percepção das cores depende da luz. Apresenta-se ao examinando a caixa contendo os quadrículos que são despejados sobre uma mesa e o cartão contendo o esquema da pirâmide e solicita-se que o sujeito cubra os espaços da pirâmide de forma que o mesmo construa uma que fique de seu gosto, usando livremente os quadrículos coloridos disponíveis até que o mesmo a considere completa e bonita a seu gosto.

O aplicador registra todos os movimentos da colocação dos quadrículos na folha de protocolo seguindo a codificação das cores e espaços previstos no protocolo. Outras duas pirâmides são apresentadas na sequência, com a mesma instrução para execução. O tempo gasto para aplicação é uma média de 20 minutos. A Venda deste teste é restrita aos psicólogos mediante a apresentação do CRP, de acordo com a lei federal n ° 4.119/62.

A Justificativa deste estudo é entender é discriminar a forma de lidar com o idoso e principalmente o que foi acometido pela doença de Alzheimer. Neste sentido a bioética necessita permear na formação e compromisso social buscando a promoção da saúde, o respeito a autonomia do indivíduo nas intervenções terapêuticas e do cuidado, entendendo que as contribuições bioéticas são de suma importância não só no âmbito da saúde como também na vida diária das pessoas.

Questionam-se quais impactos podem ocorrer na relação pautada na afetividade e nos princípios bioéticos, capazes de influenciar na melhoria do quadro terapêutico do paciente com doença de Alzheimer, trazendo-lhe qualidade de vida? E como proporcionar qualidade de vida ao paciente com doença de Alzheimer? Pressupõe que o problema é o desconhecimento sobre os aspectos bioéticos da assistência na qualidade de vida de pessoas com doença de Alzheimer, evidenciando que mesmo sem conexão adequada são sujeitos de desejo.

A natureza complexa dos fenômenos que demandam a intervenção do psicólogo, nos diversos domínios do seu campo de atuação, aliada às concepções emergentes que procuram ver o fenômeno psicológico nas suas interações, conduz à necessidade de integração de múltiplas perspectivas profissionais formais e informais. Dessa forma, o trabalho interdisciplinar torna-se um imperativo para que o enfrentamento do problema seja congruente.

O objetivo deste estudo foi averiguar a autonomia da pessoa com doença de Alzheimer, institucionalizado, por meio do teste projetivo Pirâmides coloridas de Pfister.

Método

O delineamento da pesquisa foi do tipo quantitativo, transversal, descritivo, exploratório, não interventivo, epidemiológico. A coleta de dados foi realizada em associações vinculadas ao Asilo São João Bosco (Paroquia) realizado no período de agosto de 2015 a julho de 2016. A amostra foi constituída de 34 participantes. Observando os critérios de inclusão e exclusão.

É um estudo com método projetivo a ser aplicado pelo próprio do psicólogo, as Pirâmides Coloridas de Pfister foi criado pelo suíço Max Pfister na década de cinquenta. Trata-se de um instrumento que avalia aspectos da personalidade, destacando principalmente a dinâmica afetiva e indicadores relativos a habilidades cognitivas do indivíduo.

No Brasil, este instrumento foi introduzido por Fernando de Villemor Amaral na década de setenta. Em 2005, após a realização de uma nova padronização, o manual publicado por Fernando de Villemor Amaral foi atualizado e validado por Anna Elisa de Villemor Amaral com dados psicométricos mais recentes. Foi aprovado pelo Conselho Federal de Psicologia. O manual a sr utilizado foi publicado a 2ª edição no ano de 2013 pela mesma autora que solicita outras pesquisas com o teste.

Para análise e correção foi utilizado o manual do próprio teste, em seguida submetidos a análise quantitativa com ajuda do programa SPSS.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa para Seres Humanos da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) CAAE: 35178214.6.0000.0021, e parecer de número 1.151.490, fundamentado pela Resolução 466/2012 (CNS/MS), que regulamenta a pesquisa que envolve seres humanos. Para coleta de dados os participantes ou responsáveis legais assinaram o TCLE.

Resultados e Discussão

A média da idade foi de 80,02 anos, a pesquisa foi realizada com 11 participantes do sexo masculino (32,25%) e 23 do sexo feminino (67,65%) da amostra. (79,4%) não definiram grau de escolaridade, enquanto (14,70%) afirmaram ter cursado o ensino fundamental e (5,9%) fizeram cursaram o 2º grau do ensino médio.

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

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

Analisando as 3 pirâmides conforme a Tabela 1, os resultados apontaram uma predominância do aspecto formal no tapete furado ou rasgado, seguidos por tapete puro e

desequilibrado, porém o primeiro aspecto apontou uma regressão no sentido da pirâmide um para a pirâmide três.

Os tapetes furados ou rasgados são denominados pela presença da cor branca em uma ou em diversas áreas espalhadas da pirâmide de acordo com o autor apontam fortes indícios de perturbação grave proveniente de dissociações no curso do pensamento, tendo sido encontrados em maior escala, associados a outras variáveis, em pacientes esquizofrênicos (VILLEMOR-AMARAL, 2013). Ainda na pirâmide I bem como na III, conforme indica que os resultados foram tapete rasgado ou furado o que fortes indícios de perturbações de acordo com Villemor-Amaral (2013), o aspecto formal tapete furado é seguido de tapetes puro que refletem um menor grau de desenvolvimento emocional ou intelectual das situações cotidianas com base que denotam maior possibilidade de adaptação e busca de equilíbrio, embora não desenvolvidas de forma suficiente.

Na segunda pirâmide, observou-se embora com a predominância de tapete rasgado ou furados, a média dos tapetes: puro e desequilibrado foram às mesmas frequência e percentual, segundo Villemor-Amaral (1978, 2013) o tapete puro busca uma adaptação emocional das situações vivenciadas, enquanto o tapete desequilibrado vincula a perturbações emocionais mais graves, gerando um desequilíbrio e falta de adaptação, bem como turbulência afetiva, o que segundo o autor geralmente é encontrado é compatíveis e encontrado nos esquizofrênicos que apresentam personalidade vulnerável, instável. Desta forma observa-se que a pesquisa foi realizada com pacientes com Alzheimer o que pode ser considerado como ponto para apresentação dos resultados, pelo que nas teorias e publicações que o paciente com doença de Alzheimer tende a ter rebaixamento cognitivo, bem como alterações de comportamento, com esse indicativo podemos evidenciar que os resultados são plausíveis.

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

Tabela 2- Distribuição da frequência e percentagem do modo de colocação das pirâmides pelos participantes (pacientes) da amostra pesquisada.

Modo de colocação	Pirâmide I	Pirâmide II	Pirâmide III
-------------------	------------	-------------	--------------

	n.	(%)	n.	(%)	n.	(%)
Ascendente direta	7	20,6	3	8,8	5	14,7
Ascendente inversa	2	5,9	1	2,9	2	5,9
Ascendente ziguezague	4	11,8	2	5,9	2	5,9
Ascendente diagonal	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Ascendente	0	0,0	0	0,0	1	2,9
Subtotal	13	38,3	6	17,6	10	29,4
Descendente	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Descendente direta	0	0,0	1	2,9	1	2,9
<u>Descendente inversa</u>	<u>10</u>	<u>29,4</u>	<u>11</u>	<u>32,4</u>	<u>7</u>	<u>20,6</u>
Descendente em ziguezague	0	0,0	4	11,8	5	14,7
Descendente diagonal	9	26,5	11	32,4	10	29,4
Subtotal	19	55,9	27	79,5	23	67,6
Em manto	1	2,9	0	0,0	0	0,0
Simétrica	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Espacial	1	2,9	1	2,9	1	2,9
Subtotal	2	5,8	1	2,9	1	2,9
Total	34	100	34	100	34	100

De acordo com a os resultados apresentados o modo de colocação descendente inversa foi apresentado tanto na pirâmide I, II e III, de acordo com Villemor – Amaral (2013) o tipo de colocação pode estar referidos aos comportamentos contrários do que se espera do ser humano, apresentando uma oposição, negação e introjeção dos sentimentos. Outro modo de colocação que apresentou foi descendente diagonal conforme a autora é uma colocação difícil de ser encontrada, porém refere-se que o participante tem dificuldade do aspecto formal. Na pirâmide II e III foi possível averiguar que 26,50% dos participantes optaram pelo modo de colocação alternada ou em zigue- zague, esse modo de colocação geralmente é encontrada em crianças com perturbações.

neuroológicas e comprometimento espaço temporal, entretanto para adultos entende-se que esse aspecto é o indivíduo que tem rebaixamento intelectual. Entretanto foi observável que 44,10% mantiveram o modo de colocação ascendente direta, o que apresenta uma forma de leitura e normalidade, este resultado pode ser reflexo da quantidade de participantes que tiveram o ensino fundamental e médio, o que denota a lógica da construção da pirâmide. Os demais modos de colocação, em manto, simétrica e espacial ocorreram em baixa frequência e seus significados, geralmente, estão relacionados ao aspecto formal das pirâmides.

Conclusão

Conclui-se que é possível averiguar que a autonomia pessoas momentos no seu desenvolvimento, mesmo no seu sofrimento a leitura racional e o significado emocional de sua própria dor, tem um significado que se reportam ao seu passado, permeados por memórias, esperanças, preconceitos e outras idiossincrasias cognitivas internas conscientes ou inconscientes. Daí a necessidade de se encarar o fenômeno doloroso sob o tríplice do aspecto biopsicossocial, este estudo teve como ênfase entender e compreender a autonomia dos participantes que foram acometidos pela doença de Alzheimer, dentre as varias facetas estudadas compreendemos que é possível utilizar testes projetivos para avaliar a capacidade do ser humano mesmo com a doença com Alzheimer produzir e exteriorizar seus sentimentos angústia e frustrações e compreender que existe mecanismo para avaliar quais as características psicológicas que envolvem a afetividade bem como a qualidade de vida do se humano neste estágio.

Referências

BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, James F. **Princípios de Ética Biomédica**. Trad. Luciana Pudenzi. São Paulo: Loyola, 2002.

COHEN, C; SEGRE, M. **Bioética**. São Paulo, EDUSP, 2002.

GAIOLI, C. C. L. de O. **Cuidadores de idosos com doença de Alzheimer: variáveis sócio demográficas e da saúde associada a resiliência**. Ribeirão Preto- SP, tese de doutorado, 2010.

HORIGUCHI, A. S. **Alzheimer: stress e qualidade de vida de cuidadores informais**. PUC Campinas. 2010.

PINTO, E. R. Conceitos fundamentais dos métodos projetivos, Rio de Janeiro: *Ágora* v. XVII n. 1 jan/jun 2014 135-153.

SOBOTTA, J. Atlas de anatomia humana: cabeça, pescoço e neuroanatomia. 23. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

TEODORO, W. L. G., **Depressão: corpo, mente e alma**. 3ª ed. Uberlândia –MG: 2010.

VILLEMOR-AMARAL, A.E As. **Pirâmides Coloridas de Pfister**. São Paulo: Centro Editor 2ª ed. de Testes e Pesquisas em Psicologia. 2013.