

4. Método

4.1 - Local do Estudo

A pesquisa foi realizada no Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso e Portadores da Doença de Alzheimer, que funciona no Centro de Medicina do Idoso (CMI), situado no Hospital Universitário de Brasília (HUB), Distrito Federal. O centro supracitado iniciou suas atividades em fevereiro de 2003 e dispõe de tratamento clínico e multidisciplinar (Medicina, Psicologia, Fisioterapia, Farmácia, Serviço Social, Terapia Ocupacional, Educação Física e Nutrição), pelo SUS, aos portadores da doença de Alzheimer e outras demências.

A equipe dos profissionais se responsabiliza pelo atendimento aos pacientes avaliados e considerados aptos a se beneficiarem de atividades em regime de hospital-dia, durante oito semanas. No que se refere à Psicologia Clínica, além da avaliação inicial com os portadores e seus acompanhantes, são desenvolvidos grupos de apoio voltados para ambos, os quais funcionam separadamente. Isto é, há um grupo voltado para os portadores e outro para os familiares e cuidadores. Além da prestação de serviços especializados, o CMI funciona como um centro de formação de estudantes de graduação e pós-graduação que se interessam em estagiar ou desenvolver pesquisas acerca das diversas faces da velhice, especialmente, das pessoas que são acometidas por demências.

4.2 - Participantes

Participaram da pesquisa 32 mulheres cuidadoras entre 35 e 64 anos ($M = 51,38$; $DP = 7,17$), sendo que 26 delas estavam na meia-idade. Participaram também seus respectivos pais/suas respectivas mães (6 pais e 26 mães) com provável ou possível diagnóstico da doença de Alzheimer.

Como *critérios de inclusão*, as mulheres cuidadoras deveriam:

- a) ser filhas da pessoa idosa com provável ou possível diagnóstico da doença de Alzheimer;
- b) ser responsáveis pelos cuidados do pai/da mãe com provável ou possível diagnóstico da doença de Alzheimer – obtinha-se este dado mediante as avaliações e resultados que constavam nos prontuários emitidos pelos profissionais do CMI;
- c) morar na mesma residência da pessoa idosa portadora de DA.

Como *critérios de inclusão*, os pais/as mães deveriam:

- a) ser atendidos pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso e Portadores da Doença de Alzheimer (HUB);
- b) ter o diagnóstico de provável/possível doença de Alzheimer;
- c) estar no estágio leve ou moderado da doença.

Até o último dia da coleta de dados deste estudo, 413 pessoas estavam cadastradas no Centro de Referência acima citado. Algumas delas já haviam sido avaliadas pela equipe multidisciplinar e outras estavam em processo de avaliação. Para identificar as participantes desta pesquisa, utilizaram-se os critérios de inclusão anteriormente mencionados. É importante ressaltar que, além de diversos sujeitos não corresponderem a esses critérios, muitos não foram incluídos no estudo em decorrência dos seguintes fatores: a) determinados idosos participaram apenas da primeira consulta, desistiram do tratamento ou faleceram; b) outros buscaram o Centro de Referência, acreditando que eram portadores da DA, todavia, após a avaliação da equipe multidisciplinar, detectou-se que estavam com outro tipo de demência. Para melhor compreensão, apresenta-se, a seguir, a caracterização das pessoas participantes da pesquisa.

Tabela 1. Análise descritiva dos dados sócio-demográficos dos idosos com DA

Variável		Nº. de casos
Idade	70 - 92	32
Sexo	Masculino	6
	Feminino	26
Estado Civil	Casado(a)	10
	Separado(a)/divorciado(a)	4
	Viúvo(a)	18
Escolaridade	Alfabetização	4
	Ensino Básico	21
	Ensino Fundamental	3
	Ensino Médio	4
Nº. de Filhos	2 - 11	32
Nº. de Netos	2 - 52	32
Nº. de Bisnetos	1 - 27	19
Nº. de Tataranetos	1 - 2	2
Situação Profissional antes da doença de Alzheimer	Do lar	19
	Autônomo(a)	5
	Funcionário(a) Público(a)	4
	Funcionário(a) de Empresa Privada	4
Religião	Católica	25
	Evangélica	4
	Espírita	3

A idade dos idosos (6 homens e 26 mulheres) variou entre 70-92 ($M = 79$) anos de idade, sendo 10 (dez) casados, 4 (quatro) separados/divorciados e 18 (dezoito) viúvos. Entre os que estavam casados, a idade média do tempo de casamento era de 50 anos. A maioria estava na fase intermediária da doença, possuía Ensino Básico, professava a religião católica e exercera a profissão do lar antes da DA. A renda salarial dos idosos variou de 1 a 33 salários mínimos ($M = 3$ salários). A média do tempo de moradia conjunta com as filhas cuidadoras era de 14 anos. Em três casos, as filhas moravam, na residência dos pais idosos, durante o dia, e dormiam, em residência própria, durante a noite; em três casos, as filhas moravam com os pais e, nos demais casos, os pais idosos residiam com as filhas. A maioria dos portadores convivia diariamente com os netos e, às vezes, com bisnetos. Também, em dois casos, constatou-se que as portadoras já eram tataravós. A maior parte dos netos que moravam na

mesma residência dos idosos se encontrava na fase adulta, seguida da adolescente, sendo poucas as crianças.

Tabela 2. Análise descritiva dos dados sócio-demográficos das filhas cuidadoras

Variável		Nº. de Casos
Idade	35-64	32
Estado Civil	Solteira	10
	Casada	15
	Separada/divorciada	4
	Viúva	3
Escolaridade	Ensino Fundamental	3
	Ensino Médio	13
	Nível Superior	16
Nº. de Filhos	1 filho	5
	2 filhos	11
	3 filhos	5
	4 filhos	4
	5 filhos	1
	Nenhum	6
Nº. de Netos	1	3
	3	3
	6	1
	9	1
	Nenhum	24
Posição na Família	1ª. Filha	13
	3ª Filha	1
	4ª Filha	5
	6ª Filha	2
	8ª Filha	1
	9ª Filha	1
	Mais nova (caçula)	8
	Filha única	1
Situação Profissional	Do lar / Aposentada	19
	Trabalha fora do lar	13
Trabalha fora do lar	Tempo Integral	3
	Tempo Parcial	10
Religião	Católica	22
	Evangélica	4
	Espirita / Espiritualista	4
	Não tem	2

A idade das filhas cuidadoras investigadas neste estudo variou entre 35 e 64 anos ($M = 51,38$ anos, $DP = 7,17$), estando a maioria na meia-idade. Constatou-se também que 15 eram

casadas, 10 solteiras, 4 separadas/divorciadas, e 3 viúvas. Dentre as casadas, a idade média do tempo de casamento era de 26 anos. A maioria era a filha mais velha, tinha dois filhos e nenhum neto, professava a religião católica, tinha nível superior, estava aposentada, ou exercia a profissão do lar. A renda salarial das filhas cuidadoras variou de 1 a 51 salários mínimos ($M = 5$ salários). Das 13 cuidadoras que trabalhavam fora do lar, 10 exerciam suas funções em tempo parcial. Dentre as cuidadoras que possuíam filhos, constatou-se que a média de idade entre eles foi de 25 anos.

4.3 - Instrumentos

Os instrumentos utilizados no estudo consistiram no Mini-Mental State Examination – MMSE, numa Entrevista Aberta com Roteiro Semi-Estruturado e no Family System Test (FAST). Visando a uma melhor compreensão, apresentam-se alguns aspectos descritivos deles.

4.3.1 - Mini-Mental State Examination – MMSE

O Mini-Mental State Examination – MMSE (ver Anexo IV) é composto por diversas questões tipicamente agrupadas em 7 categorias, cada uma delas desenhada, com o objetivo de avaliar funções cognitivas específicas: *orientação para tempo* (5 pontos), *orientação para local* (5 pontos), *registro de 3 palavras* (3 pontos), *atenção e cálculo* (5 pontos), *lembrança das 3 palavras* (3 pontos), *linguagem* (8 pontos) e *capacidade construtiva visual* (1 ponto). O escore do MMSE pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos. A escala é simples de usar e pode ser facilmente administrada, em 5-10 minutos, inclusive por profissionais não médicos.

No Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso e Portadores da Doença de Alzheimer (HUB), a equipe multidisciplinar adota a postura de que $MMSE < 5$ indica presença de demência na fase terminal; entre 6 e 10 pontos, revela demência grave; entre 11 e 15 pontos, moderado-grave; de 16 a 19 pontos, moderado-leve. O estágio leve de demência está entre os sujeitos que obtêm de 20 pontos acima, sendo que os que estão acima dos 26 pontos se encontram no estágio leve superior.

Informe-se que o MMSE não foi aplicado pela pesquisadora, e sim, por outros profissionais do CMI. O uso desse instrumento, juntamente com as outras informações contidas nos prontuários, especialmente os resultados das entrevistas realizadas pela área da

Psicologia, serviram como parâmetro para avaliar se a pessoa portadora da doença estava no estágio leve ou moderado. Apesar de a avaliação do estágio ter sido realizada por meio dessas informações, percebeu-se, através das entrevistas, que o quadro da doença já avançara em alguns casos, não mais estando na fase inicial ou moderada. Isso ocorreu devido ao fato de a) algumas avaliações diagnósticas terem sido realizadas alguns meses antes das entrevistas; b) nem todos os portadores apresentarem igualmente todos os sintomas dos estágios inicial, intermediário e avançado, podendo variar de um indivíduo para outro. Conforme expresso no capítulo 3, alguns desses aspectos podem surgir em qualquer momento, por exemplo, um comportamento que tende a aparecer na última etapa pode surgir na fase intermediária.

4.3.2 - Entrevista Aberta com Roteiro Semi-Estruturado

A entrevista (ver Anexo V) foi elaborada através de estudos na área, da revisão bibliográfica e do roteiro apresentado por Thomas Ghering (1993) no manual de instruções do FAST. Optou-se por esse instrumento, tendo em vista que a entrevista, segundo Lodi (1991):

- a) propicia mais oportunidade para motivar o respondente do que o questionário, de modo que a falta de informação é corrigida a tempo;
- b) dá mais oportunidade para o respondente interpretar as perguntas e compreender melhor o seu significado;
- c) proporciona maior flexibilidade, ao questionar o respondente, ao determinar a seqüência e ao escolher as palavras apropriadas;
- d) permite maior controle sobre a situação, somando-se à observação pessoal do entrevistado;
- e) propicia melhor avaliação da validade das respostas através da observação do comportamento não-verbal do entrevistado.

4.3.3 - Family System Test (FAST)

Este instrumento (ver Anexo VI) foi desenvolvido por Thomas M. Gehring (1993) e está baseado na teoria sistêmica estrutural de Minuchin. Consiste em um processo de investigação quantitativa e qualitativa, destinada a realizar uma análise estrutural e sistêmica das percepções dos sujeitos sobre a estrutura de relações familiares, em diversas situações de

pesquisa e de prática clínica. As principais dimensões analisadas dizem respeito à coesão (laços emocionais) e à hierarquia (poder, influência).

O instrumento supracitado pode ser aplicado em crianças acima de seis anos, adolescentes, adultos e idosos, numa situação individual ou no grupo familiar. Como apontado no capítulo 1, através da revisão de literatura nacional e internacional e do contato com outros estudiosos da área, constatou-se que não existem pesquisas publicadas utilizando tal instrumento, para investigar as relações familiares de idosos com Alzheimer.

4.3.3.1 - FAST - Descrição do material utilizado e procedimentos para a aplicação

Foi utilizado um formulário (ver anexo VII) que foi preenchido de acordo com as representações das famílias consideradas pelas filhas cuidadoras. Vale salientar que no modelo proposto por Thomas Gehring (1993), existem apenas três situações familiares a serem representadas: a típica (atual), a ideal e a de conflito. Nesta última, falava-se que elas poderiam apresentar uma situação ocorrida antes ou após a doença. Esse critério foi adotado, com o intuito de avaliar se, no grupo das cuidadoras, o índice dos conflitos familiares era maior no período anterior ou posterior à moléstia.

Destaca-se que, considerando os objetivos do estudo, foi acrescentada mais uma fase no teste: a representação da família das filhas cuidadoras antes da doença do pai/ da mãe com provável/possível diagnóstico de Alzheimer, ou seja, solicitava-se que as participantes representassem suas famílias quando o pai ou a mãe ainda não havia desenvolvido a enfermidade. Esta decisão foi tomada, tendo em vista a impossibilidade de realizar um estudo longitudinal em que fosse possível detectar a realidade vivenciada antes e após a DA. Assim sendo, optou-se por uma investigação retrospectiva das filhas cuidadoras, buscando-se investigar o que foi memorizado por elas.

Cabe aqui destacar que pesquisas (Fahrenberg, Brügger, Foerster & Käßler, 1999; Käßler & Rieder, 2001) realizadas através do uso de computadores de bolso, nos quais os participantes relataram suas emoções várias vezes ao dia e, ao final do dia, mostraram que existe uma discrepância entre as respostas dadas no momento e retrospectivamente, ou seja, ao final do dia. Normalmente, há uma tendência em que o participante tende a atribuir, ao final do dia, sentimentos mais negativos do que os que ele atribuiu durante o dia. Portanto, é importante enfatizar que, no presente estudo, a representação das filhas cuidadoras é retrospectiva, por isso mesmo, sujeita a efeitos mnemônicos.

No roteiro da entrevista proposta por Ghering (1993), também foram acrescentadas questões relacionadas a essa etapa e aos objetivos da pesquisa. Acredita-se que as adaptações não prejudicaram a proposta apresentada pelo autor do instrumento, pois possuíam a intenção de enriquecer os dados do trabalho.

As respondentes utilizaram um tabuleiro monocromático (45 cm x 45 cm), composto por 81 quadrados (5 cm x 5 cm), sendo cada um assinalado por um número, numa escala que variou de 1 a 9, na vertical e na horizontal. Também, utilizaram-se doze bonecos de madeira na cor natural (seis representando o sexo feminino e seis, o masculino), com faces marcadas por olhos e bocas, e seis bonecos de madeira coloridos, três representando cada sexo, nas cores laranja, verde e rosa. Após a apresentação deste material, era explicado que cada quadrado poderia ser ocupado apenas por um boneco, e quanto mais próximos os membros familiares (representados pelos bonecos) ficassem, mais coesão eles tinham entre si; quanto mais distantes, menos coesão possuíam. Ficava a critério das cuidadoras a utilização dos bonecos de madeira natural ou colorida. Quando utilizavam os bonecos coloridos, perguntava-se por quais razões foi realizada tal escolha. As observações sobre esse recurso do instrumento serão apresentadas durante a discussão do trabalho.

O material também era composto por 18 blocos de cilindros em três tamanhos (1,5 cm, 3 cm e 4,5 cm), sendo seis de cada altura. Era explicado que estes cilindros deveriam ser utilizados para representar a hierarquia dos membros na família, podendo os bonecos ficarem sobrepostos em um único, em vários ou em nenhum cilindro. Cada um deles representava a intensidade do poder hierárquico, ou seja, o membro que estivesse sobre um cilindro de 1,5 cm possuía menos poder do que aquele que estivesse sobre um cilindro de 4,5 ou sobre vários cilindros. O que não tivesse nenhum cilindro não exercia poder algum diante dos outros.

É válido afirmar que os membros apresentados, através dos bonecos, nas quatro representações familiares (antes da doença, na situação atual, na de conflito e na ideal) do FAST, não necessariamente deveriam ser os mesmos, pois ficava a critério das participantes apontarem quem eram seus familiares, partindo do que elas compreendiam por família, em cada fase da aplicação do teste. A única exigência feita é de que elas deveriam incluir o portador da doença em todas as etapas. Isso teve o objetivo de investigar a relação destas pessoas com os membros da família apontados pelas cuidadoras.

Vale ainda relatar que, de uma representação para outra, todos os bonecos e cilindros eram retirados do tabuleiro, voltando-se às posições apresentadas no início do teste. Essa regra foi utilizada, com a intenção de que as participantes refletissem as coesões e hierarquias dos membros familiares diante de cada representação familiar apresentada. Visando a

esclarecer melhor as informações emitidas, apresenta-se, a seguir, um quadro que explica a utilização de cada instrumento para cada objetivo da pesquisa.

Quadro 1 - Explicativo acerca do uso de cada instrumento para cada objetivo da pesquisa.

Objetivos	Instrumento
1. Critério de inclusão (identificar o provável estágio da DA) do idoso.	MMSE
2. Concepções das filhas cuidadoras sobre a DA.	Entrevista
3. Reações iniciais das filhas cuidadoras e de seus familiares diante da revelação do provável/possível diagnóstico da DA.	Entrevista
4. Principais acontecimentos ocorridos na vida das mães/ dos pais portadores da DA do ponto de vista das filhas cuidadoras.	Entrevista
5. Cuidados desenvolvidos pelas filhas cuidadoras para com as mães/os pais portadores da DA.	Entrevista
6. Sentimentos vivenciados pelas filhas cuidadoras diante do fato de cuidar das mães/ dos pais portadores da DA.	Entrevista
7. Atividades emocionais e instrumentais desenvolvidas por estas cuidadoras para com as mães/ os pais portadores da DA;	Entrevista
8. Verificar antes e após a DA na perspectiva das filhas cuidadoras:	Entrevista
8.1 Características pessoais das mães/ dos pais portadores da DA;	Entrevista
8.2 Características da vida pessoal das filhas cuidadoras;	Entrevista
8.3 Acontecimentos cruciais na vida familiar das filhas cuidadoras.	Entrevista
9. Averiguar, na perspectiva das filhas cuidadoras:	
9.1 Representação da família antes da doença da mãe/do pai;	FAST
9.2 Representação da família na situação atual;	FAST
9.3 Representação da família numa situação de conflito;	FAST
9.4 Representação da família numa situação ideal;	FAST
10. Coesão e hierarquia da família em todas as representações (antes da DA, atualmente, em conflito e idealmente)	FAST

4.4 - Justificativa da escolha pelas abordagens quantitativa e qualitativa

No Brasil, existe uma carência de testes validados, na área de Psicologia da Família, principalmente, de nível quantitativo e qualitativo. O FAST ainda não foi validado no Brasil, porém tem sido utilizado por um grupo de pesquisadores vinculado às Universidades das seguintes localidades: Minas Gerais (UFMG), Rio Grande do Sul (UFRGS), Brasília (UnB) e, recentemente, Fortaleza (Unifor), em intercâmbio com a Universidade de Freiburg (Alemanha) e a de Zurique (Suíça). Tais pesquisadores vêm desenvolvendo estudos no Brasil (Fleck & Wagner, 2003) e estudos transculturais (Käppler, Oswald, Teodoro, Freitas, Rodrigues, Dagnoni, Lambertucci, Haase, Lourenço, Marti & Gehring, no prelo; Teodoro & Käppler, 2003; Teodoro, 2005) entre estes países.

Para compreender a evolução familiar, é importante a aplicação de testes que analisem, quantitativa e qualitativamente os construtos interpessoais, bem como os padrões interacionais de pais e filhos, nas mais variadas situações (Ghering, Debry & Smith, 2001). Como se pode observar, no presente estudo, são realizadas investigações quantitativas e qualitativas. Segundo Nichols e Schwartz (1998), a combinação dessas duas metodologias freqüentemente resulta em achados mais significativos para a pesquisa com famílias.

De acordo com Bardin (1977/2000), a análise qualitativa não rejeita toda e qualquer forma de quantificação. Por sua vez, Minayo (1994) revelou que, enquanto a abordagem quantitativa apreende dos fenômenos a região “visível, ecológica, morfológica e concreta”, a abordagem qualitativa “aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações, médias e estatísticas” (p.22). Partindo dessa idéia, a autora acrescentou que não existe oposição entre quantitativo-qualitativo, pelo contrário, esses dois métodos podem ser complementares. Tal posicionamento não é consensual entre os pesquisadores, especialmente aqueles que seguem uma linha positivista (Minayo & Sanches, 1993, p.247).

Em resumo, existem três posturas metodológicas que podem ser assumidas pelos pesquisadores, a saber: 1) os *puristas* acreditam que os paradigmas de pesquisa qualitativa e quantitativa são incompatíveis, ao declararem que as suposições sobre o mundo e a natureza da realidade são opostos dentro dos dois paradigmas; 2) os *pragmatistas* acreditam que não existe incompatibilidade inerente entre os métodos qualitativo e quantitativo, e que os pesquisadores deveriam optar pelo método que melhor responda às questões específicas das pesquisas; 3) os *shintetistas*, concordam que as duas metodologias são complementares, proporcionando tipos diferentes de informações e favorecendo um melhor entendimento dos

fenômenos que estão sendo investigados (Moon, Dillon & Sprenkle, conforme citado por Nichols & Schwartz, 1998). Essa é a postura adotada no presente trabalho.

Como bem apontaram Laville e Dione (1999), a disputa entre os partidários da abordagem quantitativa e os da abordagem qualitativa é freqüentemente inútil e até falsa.

A partir do momento em que a pesquisa centra-se em um problema específico, é em virtude desse problema específico que o pesquisador escolherá o procedimento mais apto, segundo ele, para chegar à compreensão visada. Poderá ser um procedimento quantitativo, qualitativo, ou uma mistura de ambos. O essencial permanecerá: que a escolha da abordagem esteja a serviço do objeto da pesquisa, e não o contrário, com o objetivo de daí tirar, o melhor possível, os saberes desejados (Laville & Dione, 1999, p. 43).

4.5 - Procedimentos

Inicialmente, a pesquisadora realizou um estágio (460 horas) de pós-graduação em Psicologia Clínica no Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso e Portadores da Doença de Alzheimer (HUB), familiarizando-se com a realidade a ser pesquisada. Posteriormente, submeteu-se o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de Brasília (UnB). Após aprovação do projeto (ver anexo VIII), a pesquisadora apresentou o parecer solicitando permissão junto ao coordenador do Centro de Referência e à coordenadora da área de Psicologia Clínica, deste mesmo Centro, para, então, desenvolver o estudo.

A partir a liberação da aplicação da pesquisa, iniciou-se um levantamento da amostra através de todos os prontuários dos pacientes que haviam sido atendidos pela equipe multidisciplinar do Centro, obedecendo aos critérios de inclusão. Por meio destes documentos, averiguavam-se: o provável/possível diagnóstico clínico da doença e o resultado do Mini-Exame do Estado Mental (MMSE), os aspectos das relações familiares do idoso apresentados nas entrevistas psicológicas, com quem o paciente morava, quem eram os principais responsáveis pelos cuidados e a avaliação psicológica do familiar cuidador.

Após a seleção das possíveis participantes da pesquisa, telefonava-se para cada uma delas, informava-se sobre o estudo e solicitava-se a presença no Centro, em data e horário marcados. Vale relatar que, ao contato por telefone, reforçavam-se as seguintes perguntas: como está o Sr.(a) ____ (pessoa portadora da DA)? Com quem está morando o Sr.(a) ____ (idem)? Quem cuida do Sr.(a) ____ (idem)? Após a confirmação de que a filha era cuidadora e

morava com o idoso portador de DA realizava-se o convite. Estas perguntas eram importantes porque ratificavam os critérios de inclusão da cuidadora e eliminavam os casos em que o paciente houvesse falecido.

No contato face a face, buscava-se estabelecer um *rapport* com o intuito de facilitar a relação entrevistadora/entrevistada, explicando-se, de modo amplo, os objetivos gerais da pesquisa e o modo como seria aplicada. Após os esclarecimentos, executava-se a leitura conjunta do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ver anexo IX), de acordo com a Resolução nº. 196 do Ministério da Saúde – Conselho Nacional de Saúde – e da Resolução CFP nº. 016/200, que trata da realização de pesquisa, em Psicologia, com seres humanos. A partir da anuência das participantes, solicitava-se a assinatura delas neste documento. Como forma de resguardar suas identidades, os nomes apresentados no decorrer deste trabalho são fictícios.

Logo após a aceitação da participação, explicavam-se os procedimentos da pesquisa, especialmente as instruções do FAST. O processo de entrevista era iniciado, intercalando cada etapa desta com as quatro fases (representação familiar antes e após a doença; representação de conflito e ideal da família) do FAST. As entrevistas foram realizadas individualmente, utilizando-se o gravador com autorização prévia da respondente. O tempo de aplicação era indeterminado, permitindo que a entrevistada falasse, até quando julgasse necessário. O processo de aplicação do teste e a entrevista duravam, em média, duas horas e cinquenta minutos.

Não foi necessário seguir rigorosamente a disposição dos quesitos das entrevistas, respeitando, assim, a liberdade de expressão e a espontaneidade das respondentes. Dessa maneira, foram acrescentados questionamentos que complementavam os temas abordados ou, opostamente, suprimiram-se algumas perguntas cuja resposta já tivesse vindo à tona nos discursos das participantes. Após a gravação das entrevistas, realizou-se sua transcrição.

Em dois casos, foram feitas entrevistas com duas irmãs, pois elas achavam que ambas exerciam o mesmo papel de cuidado diante do pai/da mãe com Alzheimer. Todavia, nessa situação, optou-se por selecionar, para este estudo, a entrevista daquelas filhas cuidadoras que passavam mais tempo assistindo o idoso.

4.6 - Tratamento dos dados do FAST

Os resultados quantitativos do FAST foram analisados através do pacote estatístico SPSS WIN/PC 13 (*Statistical Package for the Social Sciences – Personal Computer Windows*

– *version 13*). Os dados foram tratados, mediante um conjunto de testes não-paramétricos, delineados com o objetivo de averiguar as diferenças entre amostras independentes e dependentes. A opção pela estatística não-paramétrica obedeceu à lógica da natureza dos dados coletados, pois a amostra foi não-aleatória e não apresentou distribuição normal segundo o teste de Kolmogorov-Smirnov.

A análise da frequência de respostas, em cada categoria (dados nominais), foi realizada com o teste do qui-quadrado. As análises referentes à mudança da frequência, nas categorias *antes* e *após* o surgimento da doença de Alzheimer, foram realizadas através do Teste de McNemar, como, por exemplo, o número de inversão hierárquica e coesão (FAST). Nesse caso, foram observadas apenas duas categorias (presença ou ausência de inversão hierárquica).

A coesão e a hierarquia dos diversos subsistemas familiares, como também a comparação das diferentes representações (antes e após a doença, conflito e ideal) da família relacionadas a estas variáveis, foram realizadas por meio de testes não-paramétricos, ou seja, Teste de Friedman e Teste de Wilcoxon.

4.7 - Tratamento dos dados das entrevistas

As entrevistas foram analisadas através da técnica proposta por Lawrence Bardin (1977/2000), a qual se aplica a toda e qualquer comunicação, podendo-se analisar os significados e também os significantes. Conforme a autora, esta é uma análise que não possui um modelo pronto: constrói-se, através de um vai-e-vem contínuo, entre a teoria e a técnica, hipóteses, interpretações e métodos de análise. Sendo assim, a análise de conteúdo é:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (Bardin, 1977/2000, p. 42).

O presente estudo se realizou em três períodos: a) a pré-análise, b) a exploração do material, c) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Inicialmente, preparou-se o material. Reunindo as entrevistas transcritas, constituiu-se o *corpus* da pesquisa.

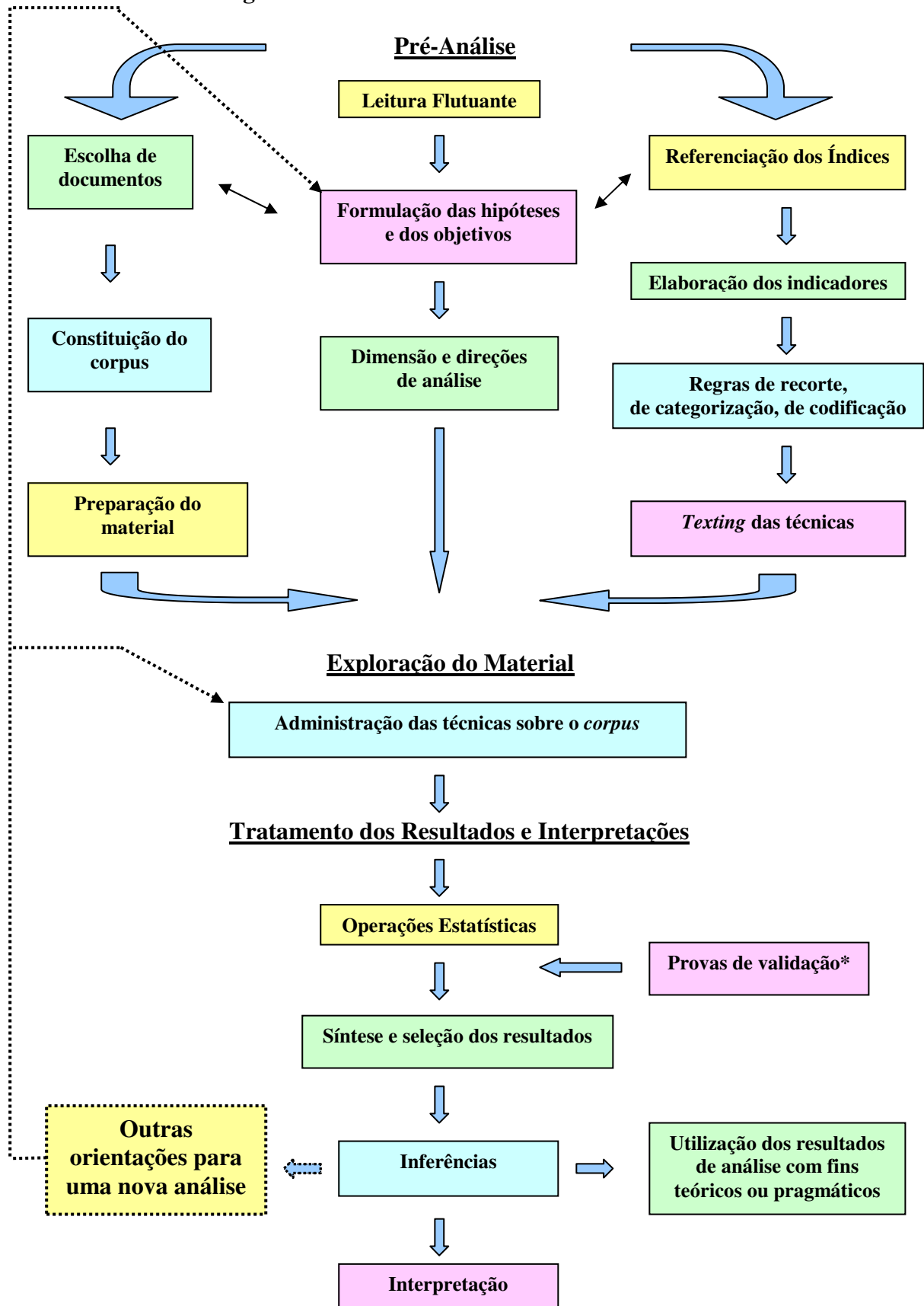
Na fase da *pré-análise*, foi feita uma *leitura flutuante*, buscando estabelecer contato com o material obtido através das entrevistas. Foi preciso, então, obedecer às regras de:

- a) *exaustividade* – esgotando-se a totalidade da comunicação, não omitindo nenhuma informação;
- b) *representatividade* – representou-se o universo da amostra;
- c) *homogeneidade* – os dados referiram-se ao mesmo tema, foram obtidos por técnicas iguais e colhidos através de indivíduos semelhantes;
- d) *pertinência* – as entrevistas foram adaptadas ao conteúdo e aos objetivos da pesquisa; as hipóteses deste estudo estavam implícitas. A *referenciação dos índices* e a *elaboração de indicadores* foram efetuadas em função dos objetivos. Realizaram-se as *operações de recorte* do texto em unidades comparáveis de *categorização* para análise temática e de modalidade de *codificação* para o registro dos dados.
- e) *exclusividade* – um elemento não foi classificado em mais de uma categoria.

A exploração do material consistiu essencialmente nas operações de codificação, em função das regras acima citadas, sendo feita a escolha pela unidade temática e pela unidade de contexto. Posteriormente, fez-se a definição das categorias e a classificação dos seus conteúdos. Destarte, fez-se necessário organizar todos os aspectos presentes nas entrevistas, de acordo com um significado comum, expresso em códigos, relacionando-o a uma transformação dos dados brutos do texto a qual permitiu atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão. Foram criadas categorias analíticas que permitiram abarcar a totalidade das entrevistas em grandes eixos temáticos. A análise de conteúdo da informação assim codificada permitiu a identificação de subcategorias e, posteriormente, a verificação das ocorrências de cada categoria analítica e extração dos trechos das entrevistas correspondentes a essas categorias.

Assim sendo, o tratamento dos resultados obtidos e as interpretações compreenderam a frequência simples das unidades de análise. A ponderação da frequência de cada unidade traduziu um caráter quantitativo (dimensão) ou qualitativo (direção). A direção dos conteúdos analisados foi *favorável* (aspectos positivos das afirmações), *desfavorável* (aspectos negativos das informações) ou *neutra* (conteúdo indefinido, vago, indeterminado, indiferente ou imparcial, que não expressa partido nem a favor nem contra). Nesse sentido, foi realizada uma análise qualitativa e quantitativa das entrevistas. O esquema explicativo do processo de análise encontra-se a seguir. Após a explanação, apresentam-se os resultados e a discussão deste estudo.

Figura 2 - Processo da Análise de Conteúdo¹



¹ Fonte: Bardin, L. (1977/2000). Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70.