

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

Vitoria Rabelo D'Avila

***STORYTELLING* COMO PRÁTICA INTEGRATIVA PARA A REDUÇÃO DOS NÍVEIS
DE ESTRESSE EM PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Porto Alegre

2023

VITORIA RABELO D'AVILA

***STORYTELLING* COMO PRÁTICA INTEGRATIVA PARA A REDUÇÃO DOS NÍVEIS
DE ESTRESSE EM PACIENTES ONCOLÓGICOS**

Orientadora: Profa. Dra. Luciana Boose Pinheiro

Co-orientadora: Profa. Dra. Eliane Goldberg Rabin

Porto Alegre

2023

Catálogo na Publicação

Rabelo D'Avila, Vitoria

Storytelling como prática integrativa para a redução dos níveis de estresse em pacientes oncológicos / Vitoria Rabelo D'Avila. -- 2023.

114 f. : graf., tab. ; 30 cm.

Monografia (trabalho de conclusão de curso) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Curso de Enfermagem, 2023.

Orientador(a): Luciana Boose Pinheiro ;
coorientador(a): Eliane Goldberg Rabin.

1. Storytelling. 2. Contação de histórias. 3. Enfermagem. 4. Estresse. 5. Cancer. I. Título.

FOLHA DE APROVAÇÃO



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Curso de Enfermagem

Comissão de Trabalho de Conclusão de Curso

Ata de apresentação de trabalho de conclusão de curso

() Projeto de Pesquisa

(X) Relatório de Pesquisa

Aos 7 dias do mês de novembro do ano de 2023, reuniram-se, no(a) sala 508
Prédio 2 desta Universidade, os abaixo indicados para avaliação do trabalho
de conclusão de curso do(a) estudante de enfermagem Victoria Rabelo D'Ávila
(nome completo do estudante). O presidente da banca, professor(a)
orientador(a)/coorientador(a) Luciana Boese Pinheiro
(nome completo do(a) professor(a) deu início à atividade às 15 horas e 30 minutos. O estudante apresentou
seu trabalho intitulado Storytelling como prática integrativa para a
redução dos níveis de stress em pacientes oncológicos (título completo do trabalho)
aos membros da banca, professor(a)/enfermeiro(a) Ana Rachel Salgado
e professor(a)/enfermeiro(a) Hilda Constante (nome completo do(a) professor(a)).

Após considerações da banca, o trabalho foi considerado (X) aprovado () reprovado.

Porto Alegre, 7 de novembro de 2023.

Assinaturas dos presentes:

Orientador/Coorientador: Boese Pinheiro

Estudante: Victoria Rabelo D'Ávila

Membro da banca 1: Salgado

Membro da banca 2: Hilda Constante

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho em primeira instância a minha família que, ao longo de todos meus anos de vida, tem me apoiado de forma incondicional, secando minhas lágrimas e comemorado minhas conquistas como se fossem deles, pois de fato são. À vocês, devo tudo que sou.

Para além dos meus, dedico este trabalho a todos aqueles que ainda acreditam no cuidado em saúde humanizado, possuem a capacidade de personificar a dor do outro e ofertar um olhar empático para com os pacientes. Torço diariamente para que, em algum momento oportuno, todos os profissionais da saúde enxerguem o mundo com esse olhar.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, com imenso carinho e admiração, minha orientadora Prof Luciana Pinheiro e co-orientadora Prof Eliane Rabin que, de maneira carinhosa e acolhedora aceitaram fazer parte desse trabalho, inovador e cansativo, acreditaram na minha ideia e potencial, fator impulsionador para que se tornasse realidade. A docência é parte da essência de vocês, nunca a percam, apesar das sujeiras mundanas, como diria Lya Luft.

Minhas parceiras de graduação, meus professores e professoras, meus colegas de estágios, meus chefes que viraram amigos e meus amigos de vida: um tanto de tudo que está aqui escrito vem de uma quantidade imensa de vivências compartilhadas, trago um pouco de cada um de vocês comigo, que são parte integrante de toda minha construção.

Inúmeros foram os personagens, reais e fictícios, envolvidos na concretização do presente estudo, contudo, vinte indivíduos totalmente reais e demasiadamente corajosos merecem destaque.

Com imensa admiração, meu mais sincero e afetuoso obrigada: Mara, Catia, Geraldo, Suzane, Manoel, Sandra, Daniele, Flávia, Marielza, Nilza, Edson, Solange, Fabio, Daiana, Tânia, Mario, Nair, Lidiane, Guaraci e Camila! Esse trabalho foi feito por vocês, para vocês e para todos que um dia serão impactados pelas palavras intensas e o olhar empático da contação de histórias.

EPÍGRAFE

*“Age de modo que consideres a
humanidade tanto na tua pessoa quanto na
de qualquer outro, e sempre como objetivo,
nunca como simples meio.”*

Immanuel Kant

RESUMO

Introdução: O presente trabalho de conclusão de curso intersecciona quatro diferentes assuntos: a humanização do cuidado da enfermagem, o *storytelling* ou contação de histórias como prática integrativa, a fisiologia e a regulação hormonal do estresse, e o tratamento quimioterápico de pacientes oncológicos. **Objetivo:** Identificar a relevância das práticas de *storytelling*, ou contação de histórias, para a redução dos níveis de estresse e melhoria do enfrentamento de pacientes frente à doença e ao tratamento, câncer e quimioterapia, respectivamente. **Método:** A pesquisa de campo é realizada através de abordagem quantitativa, e se desenvolve a partir do estabelecimento dos critérios de inclusão e exclusão e de três etapas: questionários e prática de contação de histórias. Os dados coletados foram tabulados e analisados em escalas numéricas, realizando-se uma análise descritiva e comparativa para observar as diferenças na distribuição das respostas aos testes aplicados. **Hipótese:** Capacidade do *storytelling*, como ferramenta terapêutica, de reduzir o nível de estresse dos pacientes e influenciar positivamente nos fatores de enfrentamento utilizados por esses. **Resultados:** Os dados numéricos alcançados com a presente pesquisa evidenciam a relevância da prática de contação de histórias na redução dos níveis de estresse e melhora do enfrentamento de pacientes em tratamento quimioterápico. **Considerações finais:** Almeja-se o fomento de novos e relevantes estudos acerca das práticas integrativas, especialmente do *storytelling*.

Palavras-chaves: *Storytelling*; Contação de histórias; Humanização; Práticas Integrativas e Complementares em Saúde; Práticas Integrativas; Enfermagem; Literatura e Saúde; Estresse; Cortisol; Quimioterapia; Câncer; Neoplasias.

ABSTRACT

Introduction: This course conclusion work intersects four different subjects: the humanization of nursing care, storytelling as an integrative practice, the physiology and hormonal regulation of stress and the chemotherapy treatment of cancer patients.

Objective: Identify the relevance of storytelling practices to reduce stress levels and improve patients coping with illness and treatment, cancer and chemotherapy, respectively. **Method:** Field research is carried out using a quantitative approach and develops from the establishment of inclusion and exclusion criteria and three stages: questionnaires and storytelling practice. The collected data were tabulated and analyzed on numerical scales, carrying out a descriptive and comparative analysis to observe differences in the distribution of responses to the tests applied. **Hypothesis:** The ability of storytelling, as a therapeutic tool, to reduce patients' stress levels and positively influence the coping factors used by them. **Results:** The numerical data obtained with this research prove the effectiveness of the practice of storytelling in reducing stress levels and improving coping skills for patients undergoing chemotherapy treatment. **Final considerations:** It is hoped that storytelling becomes an integrative practice recommended by the SUS, to this end this study encourages the development of standardization of practice, allowing it to gain the recognition it deserves.

Key words: Storytelling; Humanization; Integrative practices; Nursing; Literature and health; Stress; Cortisol; Chemotherapy; Cancer; Neoplasms.

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 – Tabela individual referente ao paciente 07.....	52
Tabela 02 – Tabela coletiva ETC-R.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
ETC	Escala Toulousaine de Coping
ETC-R	Escala Toulousaine de Coping - Versão Reduzida
ETE	Escala Toulousaine de Estresse
EUA	Estados Unidos da América
ISCMPA	Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
LABAN	Laboratório de Análises Narrativas
OMS	Organização Mundial da Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

LISTA DE GRÁFICOS

- Gráfico 01** Gráfico coletivo de respostas e variações do questionamento 4 da ETE
- Gráfico 02** Gráfico coletivo de respostas e variações do questionamento 26 da ETE
- Gráfico 03** Gráfico coletivo de respostas e variações do questionamento 12 da ETE
- Gráfico 04** Gráfico coletivo de respostas e variações do questionamento 30 da ETE
- Gráfico 05** Gráfico coletivo de respostas e variações do questionamento 1 da ETE
- Gráfico 06** Gráfico coletivo de respostas e variações do questionamento 11 da ETE
- Gráfico 07** Gráfico coletivo de variações das estratégias consideradas positivas da ETC-R
- Gráfico 08** Gráfico coletivo da média das alterações por pergunta das estratégias consideradas positivas pela ETC-R
- Gráfico 09** Gráfico coletivo de respostas e variações do questionamento 6 da ETC-R
- Gráfico 10** Gráfico coletivo de variações das estratégias consideradas negativas da ETC-R
- Gráfico 11** Gráfico coletivo da média das alterações por pergunta das estratégias consideradas negativas pela ETC-R

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
1.1	A PESQUISADORA.....	15
1.2	A PERGUNTA NORTEADORA.....	16
2	OBJETIVOS.....	18
2.1	OBJETIVO GERAL.....	18
2.2	OBJETIVO ESPECÍFICO.....	18
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	19
3.1	HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE	19
3.2	A NARRATIVA.....	23
3.3	<i>STORYTELLING</i> OU CONTAÇÃO DE HISTÓRIAS.....	24
3.4	ESTRESSE NO MUNDO ATUAL.....	28
3.5	FISIOLOGIA E HORMÔNIOS DO ESTRESSE.....	30
3.6	NEOPLASIAS E TRATAMENTO QUIMIOTERÁPICO EM PACIENTES ONCOLÓGICOS.....	31
3.7	<i>STORYTELLING</i> COMO PRÁTICA INTEGRATIVA PARA O ENFRENTAMENTO DO CâNCER.....	33
4	HIPÓTESE/JUSTIFICATIVA.....	37
5	METODOLOGIA.....	38
5.1	DELINEAMENTO.....	38
5.2	CENÁRIO DA PESQUISA.....	38
5.3	SUJEITOS DA PESQUISA.....	39
5.4	AMOSTRAGEM.....	40
5.4.a	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO.....	40
5.4.b	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	40
5.5	INSTRUMENTOS DE MEDIDA.....	40
5.5.a	ESCALA TOULOUSAIN DE ESTRESSE – ETE.....	41
5.5.b	ESCALA TOULOUSAIN DE COPING REDUZIDA – ETC-R	42

5.6	COLETA DE DADOS.....	44
5.7	ANÁLISE DE DADOS.....	45
5.8	SOBRE OS AUTORES E AS OBRAS.....	45
5.8.a	UMA MEMÓRIA SOBRE A CÔMODA, IGOR PIRES DA SILVA	45
5.8.a	PENSAR É TRANSGREDIR, LYA LUFT	46
6	RESULTADOS.....	48
6.1	FLUXOGRAMA.....	49
6.2	DIÁRIO DA PESQUISADORA.....	50
6.3	ANÁLISE DAS TABELAS INDIVIDUAIS ETE e ETC-R.....	52
6.4	ANÁLISE DAS TABELAS COLETIVAS.....	53
6.5	ANÁLISE DAS TABELAS E GRÁFICOS POR PERGUNTA DA ETE.....	54
6.6	ANÁLISE DAS TABELAS E GRÁFICOS DA ETC-R, DE ACORDO COM FATORES POSITIVOS E NEGATIVOS.....	58
6.6.a	ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO POSITIVAS.....	59
6.6.b	ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO NEGATIVAS.....	62
7	DISCUSSÃO.....	65
7.1	ANÁLISE DOS IMPACTOS DO <i>STORYTELLING</i> NAS RESPOSTAS DA ETE.....	66
7.2	ANÁLISE DOS IMPACTOS DO <i>STORYTELLING</i> NAS RESPOSTAS DA ETC-R.....	69
7.3	<i>STORYTELLING</i> COMO PRÁTICA INTEGRATIVA.....	74
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76
9	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
10	APÊNDICES.....	83
10.1	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE.....	83
10.2	ESCALA TOULOUSAIN DE ESTRESSE – ETE.....	85
10.3	ESCALA TOULOUSAIN DE COPING REDUZIDA – ETC-R	86
11	ANEXOS.....	87

11.1	ATA DE APROVAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA.....	87
11.2	PARECER CEP ISCMPA.....	88
11.3	TEXTOS COMPLETOS.....	90
11.3.a	UMA MEMÓRIA SOBRE A CÔMODA, IGOR PIRES DA SILVA.....	90
11.3.b	PENSAR É TRANSGREDIR, LYA LUFT.....	93
11.4	TABELAS INDIVIDUAIS.....	95
11.4.a	TABELA INDIVIDUAL PACIENTE 01.....	95
11.4.b	TABELA INDIVIDUAL PACIENTE 02.....	96
11.4.c	TABELA INDIVIDUAL PACIENTE 03.....	97
11.4.d	TABELA INDIVIDUAL PACIENTE 04.....	98
11.4.e	TABELA INDIVIDUAL PACIENTE 05.....	99
11.4.f	TABELA INDIVIDUAL PACIENTE 06.....	100
11.4.g	TABELA INDIVIDUAL PACIENTE 07.....	101
11.4.h	TABELA INDIVIDUAL PACIENTE 08.....	102
11.4.i	TABELA INDIVIDUAL PACIENTE 09.....	103
11.4.j	TABELA INDIVIDUAL PACIENTE 10.....	104
11.4.k	TABELA INDIVIDUAL PACIENTE 11.....	105
11.4.l	TABELA INDIVIDUAL PACIENTE 12.....	106
11.4.m	TABELA INDIVIDUAL PACIENTE 13.....	107
11.4.n	TABELA INDIVIDUAL PACIENTE 14.....	108
11.4.o	TABELA INDIVIDUAL PACIENTE 15.....	109
11.4.p	TABELA INDIVIDUAL PACIENTE 16.....	110
11.4.q	TABELA INDIVIDUAL PACIENTE 17.....	111
11.4.r	TABELA INDIVIDUAL PACIENTE 18.....	112
11.4.s	TABELA INDIVIDUAL PACIENTE 19.....	113
11.4.t	TABELA INDIVIDUAL PACIENTE 20.....	114

1. INTRODUÇÃO

1.1. A pesquisadora

A pesquisadora iniciou sua trajetória acadêmica na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) no ano de 2019, no curso de Graduação em Enfermagem. Desde a primeira decisão acerca do caminho acadêmico a ser seguido, teve uma convicção: a área da saúde. A vontade de cuidar de outros seres humanos e de propiciar atendimento qualificado e humanizado, sempre foi prioridade.

Durante os primeiros semestres da graduação, buscou absorver e compreender ao máximo e da melhor forma possível, os conteúdos didáticos transmitidos pelos professores das diversas disciplinas. Contudo, não encontrou nas aulas de anatomia, fisiologia, bioquímica e biofísica, o cuidado humanizado que tanto almejava construir.

No quinto semestre da graduação, matriculou-se em uma das disciplinas optativas ofertadas pela Coordenação do Curso: Contação de Histórias na Promoção da Saúde. Na primeira aula presencial já pode perceber que encontraria um viés diferente daqueles constantemente presenciados nas demais disciplinas. Infelizmente, nas semanas seguintes a Pandemia do Coronavírus começou a ser pauta em todos os países do mundo e, muito em breve, tornou-se uma preocupação dentro do campus da Universidade, que teve suas aulas presenciais canceladas, em prol da preservação da saúde de todos. Apesar dos empecilhos e barreiras que adentraram o caminho, a disciplina de Contação de Histórias permaneceu nas semanas da pesquisadora, e a partir disso, em todo o restante da trajetória acadêmica.

A disciplina é uma das ramificações de um projeto maior, o Programa Contação de Histórias na Promoção da Saúde, existente na UFCSPA desde o ano de 2009 e coordenado pela Professora Doutora Luciana Boose Pinheiro. O Programa objetiva a promoção da saúde pela formação diferenciada e contínua dos acadêmicos, o que desenvolve habilidades de cuidado humanizado para com os pacientes, a partir de uma ferramenta inovadora: saber e utilizar técnicas de conforto aos pacientes, através do contato estabelecido pela literatura a partir da perspectiva da humanização em saúde¹.

Após a conclusão da disciplina, em decorrência do grande interesse tanto pelo cuidado humanizado, quanto pelas ferramentas utilizadas e práticas desenvolvidas, a pesquisadora vinculou-se aos trabalhos do Programa como bolsista voluntária. Desde

então, atua em todas as ações desenvolvidas pelo Programa, tais como: disciplinas eletiva e optativa, Curso de Formação de Contadores de Histórias e Curso de Voluntariado *in Company*, desenvolvido em parceria com o SESC-RS. Após um ano como bolsista voluntária, a pesquisadora foi contemplada como bolsista PROEXT, função que ocupa até o presente momento.

Em decorrência de toda essa vivência durante a academia, a pesquisadora decidiu interseccionar duas áreas de grande interesse: o cuidado humanizado, através da Contação de Histórias, com o cuidado técnico da área de enfermagem, através dos tratamentos quimioterápicos destinados aos pacientes oncológicos. Tal miscigenação originou a presente pesquisa de trabalho de conclusão de curso: “*Storytelling* como prática integrativa para a redução dos níveis de estresse em pacientes oncológicos”.

Em linhas gerais, o presente estudo tem por objetivo demonstrar a importância das práticas integrativas no âmbito da saúde e, pontualmente, a prática da contação de histórias, como ferramenta para a redução dos níveis de estresse nos pacientes que enfrentam tratamentos complexos e prolongados.

1.2. A questão norteadora

O presente trabalho de conclusão de curso intersecciona quatro diferentes assuntos: a humanização do cuidado da enfermagem, o *storytelling* ou contação de histórias como prática integrativa, a fisiologia e a regulação hormonal do estresse, e o tratamento quimioterápico de pacientes oncológicos. Essas quatro vertentes confluem na busca de um tratamento humanizado para os pacientes, que resulte não somente na melhora física e psicológica mas que, também, possibilite uma regulação dos hormônios do estresse, que podem reduzir a eficácia da terapêutica e a permanência no tratamento.

Nesse sentido, o objetivo de construir esse projeto de pesquisa se baseia em responder uma pergunta: São, as práticas de contação de histórias, eficazes como prática integrativa na redução dos níveis de estresse em pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico?

Este trabalho de conclusão de curso vincula-se ao Programa de Extensão Contação de História na Promoção da Saúde e à linha de pesquisa do Laboratório de Análises Narrativas (LABAN), vinculado ao Departamento de Educação e

Humanidades da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

2. OBJETIVOS

2.1. OBJETIVOS GERAIS

O presente estudo objetiva, de forma ampla, identificar os benefícios das práticas de cuidado humanizadas como fator redutor dos níveis de estresse e enfrentamento em pacientes que enfrentam doenças complexas, que exigem longos tratamentos. A eficácia desse método é colocada à prova através das práticas de *storytelling*, desenvolvidas com pacientes em tratamento quimioterápico, no Hospital Santa Rita da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

A pesquisa visa evidenciar a relevância do desenvolvimento das práticas de contação de histórias, aqui denominadas *storytelling*, como fator redutor dos níveis de estresse e enfrentamento em pacientes em tratamento hospitalar.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

Toda pesquisa não pode deserdar dos percursos teóricos anteriores, portanto para a organização dessa e das práticas que a envolveram, foi necessário desenvolver um estudo aprofundado em diferentes temáticas que, tangenciadas e interseccionadas, são capazes de embasar a pesquisa e responder à pergunta norteadora.

O percurso de referencial aqui apresentado se inicia com uma breve história da humanização do cuidado e da profissão do enfermeiro, personagem essencial no cuidado dos pacientes; perpassa a histórias da narrativa, ressaltando a relevância da prática do *storytelling*; adentra o tema do estresse na realidade atual, tanto na vida em sociedade quanto no ambiente hospitalar; evidencia os desafios enfrentados pelos indivíduos com câncer e todas as fases do tratamento quimioterápico; e é concluído, com o principal objetivo dessa pesquisa: a intersecção entre todos os temas referenciados, evidenciando seus pontos de tangenciamento e complementaridade.

3.1. HUMANIZAÇÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

Segundo Amaral e Calegari, a humanização pode ser definida como o respeito à vida, que engloba diversos aspectos da convivência humana em conjunto com questões sociais, educacionais, psicológicas, morais e emocionais. Transferindo o conceito para a vida em sociedade, humanizar é agir com dignidade, benevolência, fraternidade e dedicação ².

A humanização é, atualmente, um fator imprescindível no desenvolvimento da prática do cuidado com outrem. O cuidado humanizado deve ser realizado em sua integralidade pelos profissionais de saúde, tendo início no momento em que o usuário adentra o ambiente de saúde para receber o atendimento, possibilitando assim uma assistência de qualidade.

Objetivando demonstrar a relevância dessa prática, foi lançada em 2003 a Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como objetivo, mudar os modelos de atenção e gestão. A PNH é classificada como política pública de saúde, e aborda a humanização como “*valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores*” ³.

A PNH busca uma melhor qualidade na assistência e um vínculo mais efetivo, de forma que desafie os sujeitos a experimentar a incorporação de novos métodos para produzir novos modos de cuidar e tratar os usuários de forma humanizada. Segundo Gomes ⁴, a humanização como política transversal na saúde supõe, necessariamente, a ultrapassagem das fronteiras, muitas vezes rígidas, dos diferentes núcleos de saber e poder que se ocupam da promoção da saúde. Nesse panorama, faz parte da humanização do cuidado usufruir das competências de todos os profissionais, buscando sempre o trabalho com uma equipe multidisciplinar ⁵, formada por indivíduos que desenvolvem diferentes funções, com distintas expertises e qualificações, que se complementam, com foco unitário no indivíduo.

Tendo em vista os objetivos da criação da Política, sua implementação se faz necessária com o intuito de modificar o ambiente de saúde, através da escuta dos profissionais, da gestão democrática e da implementação da cultura humanista ⁶.

O ato de humanizar compõe a prática do cuidar, principalmente na enfermagem, na qual o cuidado é o instrumento de trabalho. Logo, através da humanização visa-se proporcionar o bem-estar através do amor, da amizade e da possível cura ⁷. Segundo Abreu ⁸, a humanização é um “fenômeno complementar indispensável da assistência, em que se valoriza a ética do cuidado, o reconhecimento das individualidades e a subjetividade que se faz verdade nos tratamentos dos doentes”.

Desde Florence Nightingale a atuação da enfermagem se preocupa com o indivíduo e com todos os fatores que o circundam. Ela é considerada um mito, e como tal foi incluída entre as 100 mulheres que marcaram a história mundial ⁹. Pioneira em sua época, Florence, “a dama da lâmpada”, ficou assim conhecida após se voluntariar e reunir outras 38 mulheres para o tratamento dos soldados feridos na guerra da Crimeia em 1854. Na época, organizou um hospital no local, no qual atendeu mais de mil e quinhentos soldados, e reduziu a mortalidade de 40% para 2%, através da organização dos cuidados. Com suas ações, Florence garantiu uma boa qualidade em sua assistência, criando condições para o bem-estar geral, incentivando e exigindo infraestrutura humanitária e social ¹⁰.

Após suas vivências, desenvolveu a teoria ambientalista, em 1859, que apresenta o meio ambiente como foco, onde todas as condições e influências externas afetam a vida e o desenvolvimento do indivíduo, sendo assim capazes de prevenir, suprimir ou contribuir para a doença e a morte ¹⁰. A teoria ressalta que as

defesas naturais do indivíduo são influenciadas pelo ambiente, sendo esse saudável ou não, e que as condições externas afetam diretamente a vida e o desenvolvimento. Essa definição é considerada um marco na história da enfermagem, e atualmente ainda há grande influência dessa prática nos serviços de enfermagem e em hospitais.

Para Nightingale, a enfermagem era uma arte que requer treinamento organizado, prático e científico. Seu grande mérito foi dar voz ao silêncio daqueles que prestavam cuidados de enfermagem, que provavelmente não percebiam a importância dos rituais que seguiam, mas que intrinsecamente já indicavam uma prática profissional organizada ⁹. Em sua concepção, a enfermeira deve ser uma pessoa capacitada a servir à medicina, à cirurgia e à higiene, mas nunca a servir aos profissionais dessas áreas.

Desde as práticas humanizadas de cuidado, até os tratamentos de alta complexidade e pesquisas de grande escala, a enfermagem se mostra como peça fundamental, propiciando, ao mesmo tempo, a assistência necessária e o cuidado essencial. Nesse contexto, o profissional de enfermagem é visto como a maior força de trabalho assistencial dentro das redes de saúde ¹¹.

O processo de trabalho de enfermagem é direcionado a ações de cuidado que visualizam a totalidade do ser humano, compreendendo os problemas de saúde existentes e distinguindo os que podem surgir. Sendo assim, é sucedido o planejamento, implementação de ações e avaliação dos resultados como estratégia para promover a saúde de qualidade ¹².

Assim como ocorre na enfermagem, nas demais especialidades o cuidado deve ser ofertado de forma completa e igualitária. Tendo em vista a integralidade do cuidado dos indivíduos, existem no mundo diferentes sistemas de saúde, que possuem distintos objetivos e abrangências. No Brasil, objetivando a oferta de atendimento de qualidade para toda a população, criou-se o SUS, Sistema Único de Saúde.

Segundo a Constituição Brasileira, a saúde é um direito de todos e um dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação ¹³. Dentre os sistemas de saúde pública do mundo, o SUS é um dos maiores e mais complexos, nele a pessoa é vista de forma holística, de modo que todos os aspectos da sua vida são importantes para a preservação de sua saúde.

O SUS é considerado um sistema tripartite, sendo assim responsabilidade de três esferas de governo: municipal, estadual e federal. Além disso, segue, em todas as suas ações, três princípios doutrinários: universalidade, equidade e integralidade ¹³.

Desse modo, a visão do SUS está de acordo com o preâmbulo da Organização Mundial da Saúde (OMS), datado de 22 de julho de 1946, no qual saúde é definida como “um completo estado de bem-estar – físico, mental e social – e não apenas a ausência de doença ou de enfermidade” ¹⁴.

A história da saúde no Brasil é extensa e complexa. Desde 1900, o modelo dividia-se entre ações emergenciais do Estado para a população em geral e atenção em saúde para as diferentes categorias de trabalhadores. Aqueles que não tinham carteira assinada não tinham acesso garantido ao sistema de saúde e eram atendidos por instituições de caridade ou ocasionalmente por hospitais mantidos por estados e prefeituras ¹³.

Do final do século XIX até metade dos anos 60, praticou-se como modelo hegemônico de saúde o sanitarismo campanhista, de inspiração militar, que visava o combate às doenças através de estruturas verticalizadas e estilo repressivo de intervenção e execução de suas atividades sobre a comunidade e as cidades. Em 1953, finalmente, foi criado o Ministério da Saúde, justificado pelo crescimento das ações de saúde pública ¹⁵.

Já entre os anos de 1989 e 1990, foi elaborada a Lei 8.080 e a Lei 8.142, a chamada Lei Orgânica da Saúde, que discorre sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, e a organização e o funcionamento dos serviços, regulamentando o capítulo da saúde na Constituição. Conforme consta no artigo 4º desta Lei, o Sistema Único de Saúde “é o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público” e, complementarmente, “...pela iniciativa privada” ¹⁵.

Apesar das diversas diretrizes seguidas e ações implementadas pelo SUS, muitas são as dificuldades enfrentadas pelo sistema ao tentar implementar o cuidado integral, assim como pelos indivíduos ao tentar acessar o mesmo. Desse modo, a melhoria das condições de saúde dos brasileiros requer mudanças no modelo de atenção à saúde, de modo que passe a priorizar a prevenção e a promoção mas garanta a integralidade e a intersetorialidade. Tal reestruturação visa a construção de um sistema eficiente, moderno, acolhedor e humanizado, onde as ações estejam

condicionadas ao compromisso com a qualidade de vida, dos indivíduos, da comunidade e do meio ambiente ¹⁵.

Qualquer tratamento hospitalar, demandando ele internação ou não, gera ao paciente desconforto, dor e estresse, podendo desenvolver gatilhos emocionais que resultam em memórias negativas. Os sentimentos desenvolvidos em decorrência do tratamento podem tornar o processo mais doloroso tanto física quanto emocionalmente.

Desse modo, é possível concluir que, para além dos cuidados físicos, há a necessidade de incremento da presença de práticas humanizadas nos ambientes de cuidado em saúde, nas mais diversas profissões.

3.2. A NARRATIVA

O estudo da narrativa é milenar. Desde as rudimentares pinturas nas cavernas até a atualidade, os indivíduos têm encontrado na narrativa uma forma de demonstrar e interpretar suas relações com o mundo e com as pessoas que o cercam, permitindo sentir-se compreendido e integrante do meio. Narrar faz parte da vida dos homens, através da narração é possível organizar as experiências e torná-las comunicáveis, desse modo, o ato de contar histórias é rotineiramente praticado por todos indivíduos sociais.

Os seres humanos são intrinsecamente narradores de histórias, sendo estas capazes de gerar significado aos fatos que ocorrem no mundo, além de aprendizado e compreensão. Paul Ricoeur aponta que o estudo da narrativa implica compreender a forma como os seres humanos vivenciam e representam o tempo, bem como o homem vivencia e fornece significados ao próprio mundo e a própria vida ¹⁶.

Segundo Vasquez ¹⁷, o ser humano é um “*storyteller* social” que, ao compartilhar suas histórias e imaginações, contribui para o desenvolvimento de uma consciência de grupo e fomenta novas realidades sociais. O indivíduo ao ler ou ouvir acerca do mundo que o circunda, pode assumir-se como protagonista da própria história, aumentando assim sua consciência dos processos que moldam e justificam a existência.

Segundo Ayres ¹⁸, a construção de narrativas, a partir do compartilhamento de experiências literárias, pode se constituir em uma potente estratégia para: “[...] tornar possível ao profissional, ao ouvir e fazer-se ouvir, compreender a si mesmo como

sujeito em interação, não se conformando ao papel estrito e exclusivo de porta-voz da discursividade tecnocientífica”¹⁸.

No contexto do cuidado em saúde, de acordo com Almeida¹⁹, tanto para aqueles que dele precisam como para aqueles que poderão ser o motor para a melhoria, os sentimentos gerados pelas histórias contadas contribuem positivamente em diferentes aspectos, dentre eles: ultrapassar a dor, dar esperança de resultados melhores em saúde e estimular a conexão social, gerando impacto na vida pessoal do indivíduo, entre outros efeitos positivos registrados empiricamente e por evidência científica¹⁹.

Nesse contexto, a enfermagem vem se destacando por se encontrar cada vez mais envolvida e preocupada com o processo de humanização, o olhar diferente sobre o ambiente hospitalar, o desenvolvimento de trabalho em equipe, a intensificação do respeito frente a quem solicita ajuda, e a postura mais ativa e acolhedora com visão sistêmica de cuidado no processo saúde-doença²⁰.

As atenções dos profissionais de enfermagem que buscam levar humor, alegria e simpatia possibilita leveza na concepção do processo saúde-doença do paciente²¹, tal fato pode ser evidenciado pelos impactos positivos que a contação de histórias tem gerado nos ambientes em que é desenvolvida pelos enfermeiros e enfermeiras.

Nesse viés, a arte de contar histórias se mostra efetiva no processo de promoção da saúde, especialmente em sua prática humanizada. A presença das contação em ambientes de tratamento é capaz de gerar entretenimento, reflexão e conforto aos pacientes.

3.3. STORYTELLING OU CONTAÇÃO DE HISTÓRIAS

O *storytelling* é um termo da língua inglesa que deriva da união de duas palavras: *story* (estória) e *telling* (contando), e significa o ato de contar histórias ou relatar algum fato a outrem. Para compreender o termo *storytelling* é necessário diferenciar outras duas palavras também provenientes da língua inglesa: *story* e *history*. De acordo com Castro²², a primeira é uma estrutura narrativa que representa episódios alinhados que criam uma história. Como por exemplo a história de um povo, que é constituída por várias *stories*, ou seja, anedotas, historietas, episódios da vida cotidiana, mitos e etc. Já a segunda, está relacionada a fatos reais, da história humana ou da vida individual de algum ser.

Seguindo essa linha de pensamento, Núñez ²³ define *storytelling* como uma ferramenta de comunicação estruturada em uma sequência de acontecimentos que apelam aos sentidos e emoções. Desse modo, é imprescindível que haja conexão e dimensionamento lógico entre as ideias que geram a narrativa pois, somente assim, a história adquire o apelo emocional necessário para que sua mensagem seja transmitida e recebida da maneira pretendida. Uma narrativa bem elaborada, transmitida através da contação de forma interessante e persuasiva, atrai a atenção do ouvinte e o convida a interagir e pertencer à mesma. As histórias contadas são capazes de desenvolver uma significação pessoal tão importante para o receptor, que o mesmo estabelece um vínculo afetivo entre o enredo e os elementos de sua própria realidade. Tal fato é elucidado no seguinte trecho de Gutiérrez-Rubi ²⁴:

“La propia estructura del relato (con narrador y una historia que tiene personajes, un principio, un miudo y un desenlace o final que ilustra una verdad, una enseñanza que todos asimilamos a partir de nuestras propias experiencias), consigue, de entrada, captar mejor nuestra atención y que retengamos de manera clara ideas, imágenes y sensaciones que hacen del relato algo rico y lleno de matices y significados.”

Tendo isso em vista, é possível afirmar que a prática da contação de histórias permite a auto identificação, fato que favorece a aceitação de situações desagradáveis e acena com o incremento da esperança em momentos melhores. Desse modo, se mostra eficaz a todos aqueles que têm contato com a mesma, sem distinção de idade, classe social ou circunstância de vida ²⁵.

A leitura das narrativas permite, nas áreas da saúde, a obtenção de resultados positivos. Nesse panorama, o *storytelling* tem provado que, através da associação de textos narrativos aos elementos que fortalecem a imaginação, os interlocutores compreendem de maneira mais clara a mensagem que está sendo transmitida, a partir do momento em que as narrativas aproximam a ideia subjetiva de uma realidade palpável ²⁶.

Partindo do princípio que se pretende que as pessoas compreendam melhor como gerir a sua saúde em todo o seu ciclo de vida, o *storytelling* consegue captar a atenção, de uma forma simples e acessível, trabalhando as memórias, a intenção de comportamento, o envolvimento e, por fim, a ação capaz de promover uma melhor situação em saúde ²⁷.

Caldin ²⁸ e Rubin ²⁹ referem que a narração (*storytelling*) envolve três componentes principais que conduzem a um resultado positivo: a catarse, a identificação e a introspecção. Na catarse ocorre a libertação das emoções e pode ser entendida como o momento de pacificação, serenidade e alívio dos sentimentos individuais. No processo de identificação com as personagens, podem surgir sentimentos afetivos em relação às personagens, o que permite ao indivíduo compreender seus próprios conflitos através dos vivenciados pelos personagens. Já a introspecção é considerada terapêutica, pois leva o indivíduo a refletir sobre seus sentimentos e pensamentos, tendo como principal intuito gerar mudanças de comportamento ou de aceitação.

É possível definir *storytelling* como “ato relacionado com a narrativa e com a capacidade de contar histórias relevantes” ³⁰, ou seja, a prática tradicional da contação de histórias, tão presente na sociedade. A arte de contar histórias é fator fundamental da evolução do ser humano ao longo dos séculos ³¹, ressalta que não há povo ou civilização que não tenha manifestado a prática de comunicar-se, trocar experiências, dialogar, passar suas lendas, tradições e costumes por intermédio da oralidade.

Histórias, e especialmente narrativas bem estruturadas, são instrumentos capazes de gerar inspiração, mudança e motivação na vida das pessoas. Cada atividade de contação de histórias está ligada a uma especificidade, a partir do momento que não é aleatória ou descontextualizada, mas peça constituinte da realidade na qual está inserida. Um bom *storytelling* se sustenta em relatos e histórias que apelam para o emocional que, conjuntamente com elementos narrativos empolgantes, criam uma conexão e captam a atenção do ouvinte, também ator do enredo ³⁰.

Desse modo, o *storytelling* é tanto uma atividade social quanto cultural, uma vez que a realidade se intersecciona com as experiências pessoais do contador e do ouvinte ³². O contador assume o papel de personagem central ou principal, ao estar diretamente envolvido no enredo, mas também através das experiências dos outros, que permeiam a contação na forma de pequenos episódios ¹⁴.

Na contação de histórias, a ambientação da mesma não se pauta apenas na descrição do local, mas em definir e caracterizar o máximo, ofertando informações que ajudem o ouvinte a se localizar espacialmente e conceitualmente no universo da

história. Essa caracterização detalhada atua como um propulsor do imaginário de quem escuta, a partir do momento em que se sente parte constituinte do enredo.

A relevância da prática do *storytelling* foi notada, inicialmente, por personagens políticos. Ainda no século passado, elementos e recursos narrativos foram utilizados como ferramenta para propagar ideias político-sociais, principalmente através da exaltação dos líderes e para a transmissão de ideais.

Um dos melhores registros do poder de uma boa narrativa expressa através de *storytelling*, ocorreu quando George Orwell narrou em um programa de rádio os eventos de uma fictícia invasão extraterrestre. Sua técnica oratória e o modo convincente como sua narrativa fora construída, desencadearam pânico na costa leste dos EUA (Estados Unidos da América). Este é um exemplo real e concreto de como uma boa história é capaz de gerar e inspirar os mais variados sentimentos nas pessoas ³⁰.

Um dos fatores mais importantes para uma narrativa de impacto é que ela deve apresentar um personagem pelo qual seja possível criar simpatia ou admiração e cujo esforço, dedicação e sacrifício tenha como objetivo a superação de obstáculos e desafios que culminem em um fim satisfatório e empolgante, o que acaba por resultar na própria evolução e transformação do personagem em uma pessoa melhor ³⁴.

Nesse mesmo viés, o *storytelling* favorece uma ressignificação emocional por meio da historicização. Essa ação trabalhará o presente para conviver com o passado, de tal modo que possibilitará a construção do simbólico a partir de significantes adotados ao longo de sua vida, qualquer que seja sua duração. Falar e expressar os sentimentos é o que diferencia o ser humano dos outros animais. Colocar o paciente diante de uma situação prazerosa, capaz de desvinculá-lo de sentimentos e emoções negativos ⁴.

As terapias medicamentosas, o atendimento pelo nome, as competências e habilidades técnicas dos profissionais da saúde não são mais suficientes para amenizar o sofrimento psicológico do sujeito que padece, o que abre espaço para a ação de humanizar, também presente na aproximação com atividades diversas, como no caso da arte de contar histórias, que se insere nos princípios da arteterapia ³⁵. Nesse mesmo viés, a presença do humor nas contações de histórias é capaz de reduzir a dor e a ansiedade, possibilitando a normatização de situações oriundas de estresse ³⁶. O riso estimula a liberação e a produção de endorfinas que minimizam ou

evitam a dor, reduzindo a pressão sanguínea, doenças cardíacas e hormônios do estresse ³⁷.

Amaral ³⁸ enfatiza que “a arte é real como a própria vida, necessita ter um sentido e um significado; existe porque não pode deixar de existir”. A arte-educação na promoção e recuperação da saúde dos indivíduos caracteriza-se como uma possibilidade de desenvolvimento de um mecanismo de ação saudável, prazeroso, lúdico, vivo e humano ³⁹.

A arte é vista como um processo hermenêutico por excelência, uma vez que o processo interpretativo está vinculado aos fatores das vivências individuais de cada ser e de suas interpretações do mundo. Nesse contexto, a arteterapia pode ser compreendida, segundo Gomes ⁴, enquanto qualquer tratamento psicoterapêutico que faça uso da expressão artística (dança, teatro, música, contação de histórias) ou das representações plásticas (pintura, desenho, modelagem, marionetes) como instrumento.

Nesse contexto, a arte pode ser considerada uma facilitadora durante o processo de compreensão de dificuldades. A partir do momento que a relação com ambientes e ações artísticas estimula os indivíduos a externalizar suas individualidades e dificuldades, também possibilita que a mesma amenize parcialmente a carga dessas situações.

No contexto atual, principalmente, possuir estratégias de fuga e enfrentamento é de suma importância para a redução dos impactos psicológicos das dificuldades. Nesse panorama, as práticas integrativas se mostram de extrema relevância para a redução do estresse dos indivíduos, a partir do momento que focalizam em soluções plausíveis e não somente no problema.

3.4. ESTRESSE NO MUNDO ATUAL

O estresse é uma realidade inevitável diante da complexidade da vida humana, sendo considerado uma ocorrência fisiológica normal e como uma ocorrência global, tanto do ponto de vista físico quanto do ponto de vista emocional. No modo atual de vida da sociedade contemporânea, é cada vez mais comum verificar pessoas que são acometidas por transtornos como ansiedade, estresse e depressão, os quais geram grande impacto no bem-estar e nas atividades diárias desses indivíduos ⁴⁰. No âmbito da saúde, tal realidade é intensificada, uma vez que frequentar ou permanecer em ambientes hospitalares gera grande carga de estresse nos pacientes, o que acaba por

gerar sensações de desconforto frente à hospitalização e reduzir a permanência dos mesmos ao longo de todo o tratamento.

De acordo com COGHI e COGHI ⁴¹, o processo de estresse está relacionado a uma intensa ativação do sistema límbico (ligado às emoções) e do sistema nervoso autônomo, o que gera diversas alterações fisiológicas e funcionais no corpo dos indivíduos. Os principais sinais e sintomas desse distúrbio podem ser divididos em físicos - sudorese excessiva, taquicardia, boca seca e extremidades frias, e mentais - insegurança, medo, angústia e insônia.

Nesse contexto, o enfrentamento do estresse envolve uma variada gama de estratégias, funcionais e disfuncionais utilizadas pelos indivíduos para lidar com situações ameaçadoras, sendo que o seu tratamento, de acordo com Lipp e Malagris (2008), constitui-se em ensinar à pessoa formas de lidar melhor com ele e evitar que se torne um problema.

A teoria atual do enfrentamento teve suas origens nos anos 70, a partir dos estudos de vários pesquisadores. Dentre esses estudos, o mais conhecido é provavelmente o trabalho de Lazarus e Folkman ⁴², que propõem um modelo de caráter cognitivo para o enfrentamento. Para o modelo cognitivo, o enfrentamento não constitui um evento isolado, mas um processo dinâmico de avaliação contínua entre o indivíduo e o seu ambiente.

Pode-se dizer que existem duas categorias para classificação do enfrentamento, sendo elas: estilos de enfrentamento e estratégias de enfrentamento. Os estilos de enfrentamento estão associados a características de personalidade ou resultados do enfrentamento, enquanto as estratégias se referem às atividades cognitivas e às ações ou comportamentos adotados ao longo de um episódio específico de estresse. As últimas são ligadas a fatores situacionais, ou seja, podem mudar em função do momento e do estado da situação vista como estressante.

Na física, segundo o estudo de Daron e Parrot ⁴³, o estresse pode ser definido como uma pressão exacerbada que atinge algum material, ou seja, as agressões sofridas e reações desenvolvidas por um organismo. As reações desencadeadas pelo estresse constituem um processo complexo, constituído por fenômenos bioquímicos e fisiológicos, tais como sudorese excessiva, tensão muscular, boca seca e estado de alerta ⁴⁴.

3.5. FISIOLOGIA E HORMÔNIOS DO ESTRESSE

Segundo Rocha ⁴⁵, o estresse é o resultado de um estímulo, ao qual o organismo interpreta como algo nocivo ao seu equilíbrio interno, podendo ser considerado uma reação natural do organismo a um agente agressor ⁴⁶. É de suma importância compreender que o estresse é um fenômeno natural do organismo humano, contudo, pode ultrapassar os limites ideais. Em decorrência disso, é possível diferenciar: eustress (fenômeno fisiológico que atua como elemento impulsionador) e distress (fenômeno que ultrapassa padrões normais, tornando-se anormal e patológico) ⁴⁷.

Quando há um agente estressor físico ou emocional, atuando sobre o organismo, ocorre a ativação da amígdala, estrutura localizada no encéfalo e que faz parte do sistema límbico, associado com a elaboração e a tradução das emoções em sinais bioquímicos ⁴⁸.

O estresse pode ser dividido em distintas formas, de acordo com sua intensidade: positivo, negativo ou ideal. O estresse positivo é o estágio em que o indivíduo está em estado de alerta, com maior produção de adrenalina; no negativo ocorre a ultrapassagem dos limites da capacidade de adaptação; já no ideal, ocorre o reequilíbrio do organismo, a recuperação da homeostase e a presença de tempos limitados na fase de alerta ⁴⁹.

Segundo Tralde ²¹, quando o indivíduo está inserido em um contexto estressante, as glândulas supra renais aumentam a produção do hormônio cortisol, liberando o mesmo na corrente sanguínea com o intuito de manter níveis constantes de concentração. Contudo, ainda que o intuito seja manter os níveis constantes, a produção demasiada do cortisol pode gerar acúmulo do mesmo, tal excesso tem a capacidade de reduzir o número de eosinófilos e linfócitos sanguíneos ⁵⁰. Como consequência verifica-se a também redução das células T e dos anticorpos circulantes no organismo, o que culmina no decréscimo da imunidade contra patógenos.

A abordagem sobre o estresse está em contínua evolução e novas perspectivas vão surgindo com o passar do tempo, como os aspectos psíquicos, cognitivos e sociais da resposta ao estresse e da origem de seu estímulo ⁵¹.

Nesse contexto surge o conceito de *coping*, definido como “estratégias utilizadas pelos indivíduos com o intuito de gerar adaptação a situações adversas ou estressoras” ⁵². Essas estratégias podem estar inseridas tanto no nível cognitivo

quanto comportamental, e visam controlar o desequilíbrio vivenciado. Segundo Selye⁵³, no coping o organismo tenta, com as ferramentas que possui, encontrar uma adaptabilidade satisfatória para a situação ameaçadora em que se encontra.

As estratégias de coping podem ser agrupadas em dois grandes grupos: (1) centradas sobre o problema e (2) centradas sobre as emoções, podendo ser utilizadas simultaneamente perante a avaliação de uma situação estressante⁵⁴.

Nesse viés, o coping pode ser definido como modelo de enfrentamento com traços e estilos de personalidade, em que é compreendido como uma predisposição estável que permite ao indivíduo responder a momentos estressores, fazendo face às situações ou recuando diante delas, considerando características estáveis de personalidade como a repressão, a sensibilidade, o fatalismo ou a resistência, entre outras⁵⁵.

Diferentes situações estressoras geram a utilização de diferentes estratégias de enfrentamento, variando de acordo com a perspectiva do indivíduo que vivencia. Um exemplo relevante é o estresse gerado quando o organismo é acometido por comorbidades, as manifestações desse sentimento podem ser tanto físicas quanto psicológicas, resultando assim em sintomas e técnicas de superação distintas.

Nesse panorama, o enfrentamento de comorbidades complexas como os cânceres podem gerar níveis de hormônios de estresse demasiadamente superiores aos que o organismo está adaptado. Para além do contexto, o ambiente hospitalar e o próprio tratamento também desencadeiam situações estressoras.

3.6. NEOPLASIAS E TRATAMENTOS QUIMIOTERÁPICOS

As células normais que formam os tecidos do corpo humano são capazes de se multiplicar por meio de um processo contínuo que é natural. A maioria das células normais cresce, multiplica-se e morre de maneira ordenada, porém, nem todas as células normais são iguais⁵⁶.

No organismo, verificam-se formas de crescimento celular controlada e não controladas. A hiperplasia, a metaplasia e a displasia são exemplos de crescimento controlado, enquanto que as neoplasias correspondem às formas de crescimento não controladas e são denominadas, na prática, de “tumores”⁵⁷, que podem ser benignos ou malignos.

A definição mais aceita de neoplasia é a de Robbins, que afirma: “neoplasia é uma proliferação anormal do tecido, que foge parcial ou totalmente ao controle do

organismo e tende à autonomia e à perpetuação, com efeitos agressivos sobre o hospedeiro”⁵⁷.

No que se refere às possibilidades terapêuticas de combate ao câncer, para Leite et al.⁵⁸ o tratamento se divide em duas modalidades: a local (cirurgias e radioterapia) e a sistêmica (quimioterapia). Dentre as opções, a quimioterapia é uma das terapias mais utilizadas e possui duas classificações: curativa e paliativa, que possuem objetivos distintos de acordo com a extensão do tumor⁵⁹.

A terapia quimioterápica é capaz de gerar diversas manifestações clínicas que, segundo Sawada et al.⁶⁰, podem acarretar na abstenção e interrupção do paciente ao tratamento, o que reduz os possíveis resultados positivos e a qualidade de vida no que tange à saúde.

De modo geral, existem três diferentes formas de tratamento do câncer: cirurgia, radioterapia e quimioterapia, que são usadas em conjunto no tratamento das neoplasias malignas, variando apenas quanto à importância de cada uma e a ordem de sua indicação. Atualmente, poucas são as neoplasias malignas tratadas com apenas uma modalidade terapêutica⁵⁷.

Quimioterapia é a forma de tratamento sistêmico do câncer que usa medicamentos denominados quimioterápicos ou antineoplásicos, administrados em intervalos regulares, que variam de acordo com os esquemas terapêuticos⁵⁶. A quimioterapia é a modalidade de tratamento mais utilizada e deverá estar sempre incluída em um programa terapêutico global. Existe uma gama diversa de finalidades para tal tratamento, sendo elas: paliativa; para controle temporário da doença; prévia, neoadjuvante e citorredutora; adjuvante ou profilática e curativa⁵⁷.

A quimioterapia paliativa é indicada para a palição de sinais e sintomas que comprometem a capacidade funcional do doente, mas não repercutirá sobre a sua sobrevida. Já a quimioterapia para controle temporário de doença está indicada para hematopatias malignas de evolução crônica, com longa sobrevida mas sem possibilidade de cura, podendo obter o aumento da sobrevida do paciente.

A quimioterapia prévia tem por objetivo tornar os tumores ressecáveis ou de melhorar o prognóstico. Define-se como adjuvante a quimioterapia indicada após tratamento cirúrgico curativo, os doentes candidatos a este tipo de tratamento são considerados de alto risco de vida. E, por fim, a quimioterapia curativa é a principal modalidade do tratamento que tem finalidade curar doentes com neoplasias malignas, podendo estar associada à cirurgia e radioterapia⁵⁷.

Devido à complexidade dos tratamentos, o processo de luta do paciente contra o câncer muitas vezes desencadeia níveis inadequados de cortisol que podem vir a estressar o organismo do indivíduo e colaborar para a não evolução e cura do paciente, já que o próprio tratamento é estressante e é inevitável que isso não ocorra ²¹. O estresse desencadeia a liberação de cortisol, adrenalina e noradrenalina que resultam em aumentos dos triglicerídeos e elevação dos níveis de açúcar no sangue, colocando os pacientes em processo contínuo de inflamação, sob risco oncológico.

A longa permanência no ambiente hospitalar junto ao processo de doença fomenta o surgimento de sentimentos, muitas vezes negativos, dentre eles ansiedade, angústia, medo e, principalmente, o estresse. Além disso, a permanência nos ambientes hospitalares afasta o indivíduo do seu ambiente de origem, restringindo sua independência e contribuindo para uma situação de isolamento social temporário, sendo esse tempo, na maioria das vezes, indeterminado.

Nesse contexto, o impacto das medicações é capaz de comprometer a integridade emocional dos pacientes, tornando-os psicologicamente vulneráveis. Dentre as vulnerabilidades frequentes, o estresse traz diversas repercussões fisiológicas no organismo, muitas vezes interferindo negativamente no processo de resolução da doença.

Nesse panorama, todas as atividades capazes de promover a prática da humanização nos ambientes de tratamento de saúde podem reduzir os danos à saúde dos pacientes. Perceber o paciente como um indivíduo integrante de uma família, comunidade e sociedade, entender o mesmo como um ser biopsicossocial, contribuir para que se sinta acolhido. O sentimento de pertencimento vivenciado pelo paciente fomenta o surgimento de sentimentos positivos e motivação, que liberam hormônios no organismo, alterando sua bioquímica.

Partindo desta temática, a Contação de Histórias no ambiente hospitalar torna-se uma excelente prática integrativa no processo do cuidado e resgata sentimentos pouco referidos nas unidades de saúde.

3.8. STORYTELLING COMO PRÁTICA INTEGRATIVA PARA O ENFRENTAMENTO DO CÂNCER

O *storytelling* como prática integrativa é resultado da intersecção entre as Ciências da Comunicação e as Ciências da Saúde ⁶¹, sendo que um dos seus principais objetivos é influenciar o comportamento dos indivíduos e das comunidades

⁶². A contação de histórias como ferramenta para a promoção do cuidado em saúde demonstra que é efetivamente possível construir conhecimento na cooperação entre áreas da ciência que, inicialmente, possam parecer distantes e sem pontos em comum ¹⁴.

É imprescindível ressaltar que a área de origem do conceito de *storytelling* são os Estudos Narrativos, entendidos, segundo Reis ⁶³, como o “campo de investigação centrado na teoria e na análise da narrativa”. Aqui pode-se destacar a relação desenvolvida entre os dois campos, contação de histórias e estudos narrativos, no Programa de Extensão Contação de Histórias na Promoção da Saúde da UFCSPA (Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre). Neste ambiente, ambas as vertentes caminham conjuntamente, a partir do momento que são ministradas aulas e desenvolvidos projetos extramuros que possibilitam a sincronização de conteúdos, narrativas e práticas.

O *storytelling* tem sido, cada vez mais, utilizado como estratégia de comunicação de assuntos relacionados com a saúde ⁶⁴, essencialmente em três âmbitos: da relação profissional-paciente, para melhorar a adesão às terapêuticas ou para comunicar tratamentos e diagnósticos; da literacia em saúde, pautando temas relacionados com as ciências da saúde, dirigidos à sociedade civil; e da adoção de estilos de vida saudáveis, quando o intuito é promover comportamentos ¹⁴. O exercício dessa atividade artística envolve empatia, valores morais e éticos, capazes de promover uma revolução no outro, de submeter o indivíduo a uma catarse, a uma redescoberta de si ⁴.

Estar hospitalizado submete o indivíduo a várias outras complicações como o isolamento social, a tensão psicológica, o medo e a insegurança, nesse contexto, as terapias não convencionais são excelentes ferramentas na complementação dos tratamentos convencionais ²¹.

A arte de contar histórias, quando inserida no ambiente hospitalar, leva emoções e dinâmicas diferentes a esse espaço tão temido pelas pessoas. Quando isso acontece, é possível visualizar a interação e a ludicidade capazes de modificar para melhor a rotina hospitalar.

Jacques Rancière ⁶⁵, ao retomar as reflexões realizadas por Platão acerca das práticas comunitárias, considera a arte como uma possibilidade de experiência individual no contexto coletivo. Nessa “partilha do sensível”, como denomina, reconfigura-se o comum de um grupo, gerando novas possibilidades para observar,

questionar, julgar e decidir acerca de pautas que podem surgir no contexto da atividade. Rancière sugere que, entre as atividades artísticas humanas existentes, a literatura ocupa um lugar especial, por se tratar de uma arte transversal que ultrapassa relações e delimitações entre nomes, ideias e coisas, bem como os saberes ou os modos do discurso.

Essa prática ludoterápica efetivada como ação colaborativa dentro da rotina hospitalar implica uma percepção plural carregada de significações essenciais, capaz de possibilitar o enfrentamento do problema em questão ⁴. Durante a sua execução, o contato deve disponibilizar ao paciente o espaço necessário para a verbalização de seus sentimentos, anseios, medos e frustrações, talvez nunca antes relatados à equipe de saúde em decorrência da rotina estabelecida, muitas vezes ausente do cuidado humanizado imprescindível.

Com as emoções exacerbadas e envolvidas num clímax de interação, o contador de histórias/profissional da saúde, materializando as histórias mediante suas narrativas, vai estabelecendo uma diversidade de funções colaborativas com o paciente: educativa, social, psicológica e cognitiva.

Nesse contexto de estabelecimento de funções colaborativas psicológicas, a focalização em resultados positivos transforma a forma como a situação ao redor pode ser visualizada, muitas vezes atingindo em um nível cerebral efeitos que contribuem para um maior bem-estar. A positividade pode ser transmitida pela linguagem verbal e não verbal com conotação positiva, associada à motivação e com um efeito atraente sobre os pacientes ⁶⁶. Seligman e outros autores defensores da psicologia positiva referem que quando existem manifestações positivas existe um maior bem-estar, mesmo em ambientes físicos ou sociais de pobreza, isolamento, exclusão social e stress ²⁷.

Conforme Matos ⁶⁷, problemas do dia-a-dia, e de nossa sociedade contemporânea, como estresse, podem ser combatidos ou minimizados através de boas histórias, o mesmo vale para as dificuldades enfrentadas pelos pacientes quimioterápicos em tratamento hospitalar. Segundo a autora, uma boa narrativa tem poder de inspirar e motivar, servindo como uma metáfora para a renovação da alma, criando um paralelo entre os desafios reais que enfrentamos no dia-a-dia e os obstáculos enfrentados pelo personagem em sua jornada dentro da história, podendo assim criar uma motivação e gerar uma força real para que o indivíduo se sinta incentivado a mudar de situação ³⁰. Desse modo, todo o dinamismo da contação de

histórias, quando em prática, transcende a ação em si mesma e ultrapassa as fronteiras do sofrimento, transformando-se num remédio para o corpo e para a alma.

O sofrer daquele que está num leito de hospital não é diferente do sofrer daqueles que o querem ajudar e muitas vezes se veem impotentes para tal amenizando com o bálsamo da palavra a falta de esperança. Contudo, a exposição a altos níveis de cortisol devido à prolongada estimulação do eixo HHA e do sistema nervoso autônomo, em decorrência da situação estressante vivenciada, podem representar um risco à saúde dos indivíduos ⁶⁸. Nesse sentido, o alívio do estresse no período do tratamento oncológico pode beneficiar de forma colaborativa, para a melhor recuperação do indivíduo ²¹.

Dentre as obrigações do Estado em promover saúde à população é importante que o mesmo ofereça condições dignas de trabalho, acesso à saúde de qualidade, saneamento básico, mobilidade urbana, segurança pública, segurança alimentar, políticas habitacionais e opções de lazer, cultura e esporte. Em suma, toda e qualquer ação que ofereça paz, tranquilidade e estabilidade às pessoas pode evitar o estresse e, por consequência, minimizar as suas patologias associadas. Ainda, toda iniciativa pública ou privada que estabeleça a estabilidade social, econômica e emocional pode suprimir as patologias associadas ao estresse ⁴⁵.

É nesse contexto que o Estado deve incentivar a propagação das práticas integrativas no Sistema Único de Saúde, conscientizando e educando permanentemente os profissionais para que coloquem em prática ações capazes de melhorar o prognóstico de seus pacientes. Para além disso, é fundamental considerar que toda patologia fisiológica suscita diversas demandas psicológicas e emocionais, não importando qual a origem do paciente em tratamento hospitalar.

“Não importa se são pobres ou ricos, brancos ou negros, em que hospital estejam se tratando. Importa seriamente que se envolvam, que façam parte do mundo mágico do faz de conta que os levará a momentos alegres, a esquecer das injeções e dos curativos, da dor e do sofrimento.”

Gouveia (2003, p. 21), no livro Viva e Deixe Viver

4. HIPÓTESE/JUSTIFICATIVA

O presente trabalho demonstra sua importância a partir do momento que almeja comprovar os benefícios do cuidado humanizado destinado a pacientes em tratamento decorrente de delicadas situações de saúde e doença. Nesses contextos, a perspectiva de cuidado humanizado tem como principal objetivo a redução dos níveis de estresse e a melhoria do enfrentamento dos pacientes.

A partir da retomada histórica sobre o contexto da saúde, da enfermagem e da humanização do cuidado, o estudo objetiva evidenciar a relevância das práticas integrativas para a redução dos níveis de estresse e dos sentimentos negativos vivenciados pelos pacientes em tratamento. Através da redução desses, se almeja alcançar um melhor enfrentamento da complexidade da situação, o que pode influenciar em uma recuperação com maior brevidade e/ou aumento da probabilidade de permanência no tratamento.

Pautada em todo o referencial teórico já elucidado, a presente pesquisa visa demonstrar a eficácia da Contação de Histórias, aqui tratada com o termo *storytelling*, como ferramenta terapêutica capaz de reduzir o nível de estresse dos pacientes e influenciar positivamente nos fatores de enfrentamento utilizados por esses. Tal hipótese será testada através de práticas integrativas de contação de histórias e questionários com escalas do tipo likert, seguindo o percurso metodológico a seguir detalhado.

5. MÉTODO

O processo de criação e desenvolvimento dessa pesquisa foi constituído por um conjunto de tomada de decisões e de ações, tanto no que se refere à escolha das técnicas de pesquisa quanto ao seu método de desenvolvimento.

5.1. DELINEAMENTO

A abordagem do presente estudo trata-se de uma pesquisa quantitativa, pois busca compreender os fenômenos a partir da tradução dos dados em métricas e números, o que foi possível pela utilização de dois questionários devidamente validados, para o português do Brasil. Foi realizada a análise quantitativa dos dados, a partir da tradução desses em métricas e números.

O procedimento foi pautado em uma pesquisa de campo, uma das etapas da metodologia científica de pesquisa que corresponde à observação, coleta, análise e interpretação de fatos e fenômenos que ocorrem dentro de seus nichos, cenários e ambientes naturais de vivência. Desse modo, foi possível desenvolver uma análise aprofundada dos dados coletados do grupo pesquisado: pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico.

Durante todo percurso, a pesquisadora foi a responsável por realizar a pesquisa pessoalmente, no local onde ocorre o fenômeno, desenvolvendo todas as práticas propostas e coletas de dados necessárias.

Por gerar conhecimentos novos e aplicá-los para a solução de um problema específico, a presente pesquisa é classificada como de natureza aplicada. Além disso, é considerada exploratória e descritiva, pois objetiva conquistar maior familiaridade com o assunto e conceber dados que comprovam a relevância de sua prática, através da descrição do fenômeno estudado, registrando suas características e utilizando instrumentos de coleta de dados padronizados.

5.2. CENÁRIO DE PESQUISA

A presente pesquisa ocorreu nas dependências da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, mais especificamente no Hospital Santa Rita, no ambulatório de quimioterapia.

A Santa Casa de Porto Alegre é o mais antigo hospital do Rio Grande do Sul e um dos mais modernos complexos hospitalares do país, sendo referência brasileira em diversos quesitos. É formada por nove hospitais destinados à prestação de

serviços assistenciais, sendo dois considerados hospitais gerais (uma para atendimento de adultos e outro pediátrico) e outros cinco especializados em cardiologia, neurocirurgia, pneumologia, oncologia e transplantes.

A Santa Casa é a única instituição hospitalar do país com capacidade para realizar todos os tipos de transplantes de órgãos, além disso, é referência em diagnóstico e tratamento de doenças e procedimentos de alta complexidade. Em paralelo, a Santa Casa desenvolve intensa atividade de Ensino e Pesquisa, sendo certificada como hospital de Ensino, e desde 1961 é o Hospital Escola da UFCSPA.

Com 219 anos de história e uma trajetória de pioneirismo e credibilidade, a Santa Casa realiza mais de 6 milhões de atendimentos ao ano. A instituição possui um olhar constante para o futuro, promovendo iniciativas de inovação, atuação tecnológica e geração de conhecimento ⁶⁹.

Dentre os nove hospitais que fazem parte do Complexo, está o Hospital Santa Rita, que é referência em prevenção, diagnóstico e tratamento na área oncológica. A unidade envolve todas as especialidades médicas, cirúrgicas e clínicas relacionadas à oncologia e conta com atuais centros para diagnóstico e tratamento do câncer.

Hoje com o maior parque radioterápico do Brasil, o Hospital Santa Rita é referência em saúde. Possui uma equipe especializada que proporciona um atendimento humanizado focado na valorização da vida, tendo como diretor médico o Dr. Antonio Nocchi Kalil ⁷⁰.

5.3. SUJEITOS DA PESQUISA

Os indivíduos deste estudo são pacientes oncológicos que estão passando por tratamento quimioterápico na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, no Hospital Santa Rita, no ambulatório de quimioterapia particular e convênios. Os tratamentos ambulatoriais não demandam a internação dos pacientes, devendo o paciente se deslocar até o ambulatório para receber seu tratamento e após a conclusão das medicações prescritas para o dia, retornar ao seu domicílio, essa modalidade de tratamento pode demorar de 1 hora a 12 horas, dependendo do medicamento e da técnica utilizados.

Todos os participantes receberam as explicações oferecidas pela pesquisadora acerca da metodologia da pesquisa, do histórico e atuação do Programa Contação de Histórias da UFCSPA e dos possíveis riscos e benefícios envolvidos na participação da pesquisa, tanto para si como para o incremento das práticas de humanização do

cuidado na instituição. Após tais esclarecimentos, todos os pacientes no estudo mencionados assinaram o TCLE aprovado pelo CEP da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (anexo 11.2), no qual aceitaram participar da pesquisa e disponibilizar seus dados para o desenvolvimento do estudo. Para além disso, ficaram livres para desistir da participação a qualquer momento.

5.4. AMOSTRAGEM

Todos os indivíduos participantes da pesquisa são pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico no Hospital Santa Rita da ISCMPA, esse grupo abrange distintas pessoas, para tanto, foram criados critérios de inclusão e exclusão capazes de limitar e padronizar o grupo participante.

5.4.a. CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Indivíduos em tratamento quimioterápico; indivíduos LOC (lúcidos, orientados e conscientes); idades entre vinte (20) e cem (100) anos; indivíduos alfabetizados com compreensão.

5.4.b. CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Indivíduos que se recusaram a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); indivíduos realizando a última sessão do tratamento.

5.5. INSTRUMENTOS DE MEDIDA

A utilização de instrumentos avaliativos dos níveis de estresse e enfrentamento dos indivíduos surge com o intuito de facilitar e autenticar o diagnóstico, bem como o tratamento e até mesmo prevenção dessas condições. Verifica-se na literatura que as escalas têm sido organizadas segundo dimensões ou campos em função das teorias que as sustentam.

Para o desenvolvimento do presente estudo foram utilizadas duas diferentes escalas, sendo uma destinada a avaliar o nível de estresse e outra o nível de enfrentamento do estresse dos sujeitos, denominadas respectivamente: Escala Toulousaine de Estresses (ETE) e Escala Toulousaine de Coping (ETC), sendo que para a segunda, utilizou-se a versão reduzida. Ambas escalas foram elaboradas pela equipe de psicologia social e desenvolvimento da saúde da Universidade Toulouse II - Le Mirail, França, sob orientação do professor Pierre Tap ⁷¹. As escalas de estresse e

enfrentamento revelam uma abordagem transacional do estresse, descrevendo o estresse como um processo complexo, que implica a análise de interações e de trocas (transações) contínuas entre o organismo e o ambiente.

Na escala de estresse, considera-se sua dimensão global, obtida pela soma dos índices das quatro dimensões próprias da escala: física, psicológica, psicofisiológica e de temporalidade. Já para a escala de estratégias de enfrentamento (coping), são consideradas as quatro estratégias isoladamente: controle, apoio social, isolamento e recusa; essas são avaliadas individualmente em decorrência da existência de estratégias positivas e negativas, desse modo, sua análise conjunta não geraria resultados verídicos ⁷¹.

No Brasil, uma primeira tentativa de validação das escalas foi feita por Stephenson (2001), que administrou o instrumento a 431 indivíduos adultos, homens e mulheres. A tradução da escala (originalmente em francês) foi avaliada por diferentes juízes, bilíngues, tendo ora o português, ora o francês como língua materna. A coerência interna dos instrumentos foi verificada por meio do coeficiente alfa de Cronbach. Os resultados obtidos foram satisfatórios, assegurando a validade interna da escala. Os valores para o coeficiente alfa de Cronbach foram: ETS - alfa = 0,94 e ETC - alfa = 0,80 ⁷¹.

5.5.a. ESCALA TOULOUSAINE DE ESTRESSE – ETE

Composta por trinta questões que apresentam afirmações numa escala de Likert que varia de um a cinco pontos, sendo que um é “quase nunca”, evoluindo para cinco que indica “quase sempre”, a ETE é utilizada para avaliar o nível de estresse do indivíduo e até mesmo de um grupo de indivíduos.

A ETE possui 30 itens distribuídos em 4 dimensões ou campos de manifestação, que representam as articulações físicas e psicológicas que entram em ação em uma situação de estresse: as manifestações físicas (10 itens), os distúrbios psicológicos (10 itens), os distúrbios psicofisiológicos (5 itens) e a temporalidade (5 itens), cada dimensão possui sintomas específicos ⁷¹, elencados a seguir:

→ Manifestações físicas: dores de barriga, tremores, taquicardia, choro, boca seca e dificuldade de respirar

→ Manifestações psicológicas: preocupação, falta de controle, depressão, incompreensão e isolamento

→ Manifestações psicofisiológicas: insônia, sono excessivo, agitação, cansaço e falta de energia

→ Manifestações de temporalidade: incapacidade de planejar ou organizar o tempo, esquecimento, inquietude ou preocupação frente ao futuro

O indivíduo quando submetido a um agente estressor que não é eliminado ou controlado, pode apresentar reações que são consideradas como manifestações físicas percebidas, como dores de barriga, tremores, choro, taquicardia, boca seca e dificuldade para respirar. Além disso, ele pode também apresentar disfunções psicológicas: preocupação, falta de controle, depressão, incompreensão e isolamento. Distúrbios psicofisiológicos também são comuns e se apresentam sob forma de insônia ou sono em excesso, agitação, cansaço e falta de energia. Finalmente, o indivíduo pode apresentar inquietude frente ao futuro, ou preocupações demasiadas com o amanhã, incapacidade de planejar ou organizar seu tempo e esquecimento de compromissos e objetos. Esses sintomas são concebidos como manifestações de temporalidade ⁷¹.

5.5.b. ESCALA TOULOUSAIN DE COPING REDUZIDA – ETC-R

A ETC original é constituída de 54 afirmações, sobre as quais o indivíduo deve indicar, numa escala do tipo Likert em cinco pontos (de um a cinco), se ele utiliza ou não as condutas propostas. Considera as quatro estratégias isoladamente – controle (15 itens), apoio social (10 itens), isolamento (14 itens) e recusa (15 itens), e não possui um índice global de enfrentamento, pois as estratégias podem ser positivas ou negativas, sendo compostas por cinquenta e quatro questões ⁷¹.

As estratégias de enfrentamento não são consideradas homogêneas, de modo que podem ser consideradas positivas ou negativas. São positivas quando relacionadas aos aspectos cognitivos do apoio social (a cooperação, a ajuda à informação e o apoio afetivo) e por meio do controle pela ação (focalização ativa). Já o enfrentamento negativo implica na articulação entre fuga e isolamento. Essa estrutura se organiza em torno da negação, da recusa mental, e da alexitimia, dificuldade de gerir suas próprias emoções.

Algumas dimensões, particularmente a conversão comportamental, a conversão pelos valores, a distração e a aceitação, são percebidas de forma

ambivalente e servem de mediação entre os modelos positivo e negativo de enfrentamento⁷¹.

A utilização desta escala com 54 itens revelou algumas dificuldades relacionadas à morosidade da sua aplicação, fato que suscitou a necessidade de construir uma versão mais motivadora para os inquiridos. Em decorrência disso, foi elaborada a ETC-R (versão reduzida), composta por 18 itens.

No presente estudo, optou-se pela utilização da Escala Toulousiana de Coping-Versão Reduzida (ETC-R), desenvolvida por Nunes et al., sendo este um questionário de autorrelato composto por 18 itens, respondidos, assim como a versão original, em uma escala tipo Likert com 5 opções de resposta, que variam de “quase nunca” (escore 1) a “quase sempre” (escore 5). O score individual é calculado mediante a média dos itens de cada fator que podem ser agrupados conforme sua classificação: positivos (controle e apoio social) ou negativos (recusa e conversão). Desse modo as 18 perguntas presentes na escala podem ser divididas em grupos de estratégia, conforme citado a seguir.

→ Fator 1 – Controle: “1. Enfrento a situação”; “6. Analiso a situação para melhor a compreender”; “9. Sei o que tenho que fazer e redobro os 3 meus esforços para o alcançar”; “15. Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema”; “18. Reflito nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema”.

→ Fator 2 – Recusa: “10. Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades”; “11. Resisto ao desejo de agir, até que a situação a/o permita”; “12. Reajo como se o problema não existisse”; “16. Digo a mim próprio que este problema não tem importância”.

→ Fator 3 – Apoio social: “7. Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto”; “8. Procuro atividades coletivas”; “13. Procuro a ajuda dos meus amigos para acalmar a minha ansiedade”.

→ Fator 4 – Conversão: “2. Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer”; “3. Tento não pensar no problema”; “4. Evito encontrar-me com pessoas”; “5. Mudo a minha forma de viver”; “14. Afasto-me dos outros”; “17. Centro-me noutras atividades para me distrair”.

5.6. COLETA DE DADOS

A coleta de dados da presente pesquisa foi desenvolvida em três etapas: primeira coleta de respostas aos questionários; interação paciente-pesquisadora e práticas de *storytelling*; e segunda coleta de respostas aos questionários.

A primeira e terceira se deram através da coleta de dados por meio dos dois diferentes questionários, sendo que esses avaliam o nível de estresse e as estratégias de enfrentamento ao estresse dos indivíduos: Escala de Toulousaine de Estresse (ETE) e Escala Toulousaine de Coping (ETC), respectivamente. No intervalo entre as coletas, foi realizada a prática da contação de histórias, pela pesquisadora, que realizou a contação de duas diferentes crônicas “Uma memória sobre a cômoda” e “Pensar é transgredir”, sempre nessa ordem e permitindo a interlocução com os participantes. O espaço de diálogo permitiu que os indivíduos manifestassem seus sentimentos e pensamentos acerca dos textos lidos, e contassem histórias de suas vidas que os textos trouxeram à tona em seus pensamentos.

As práticas de contação de histórias ocorreram de forma individual nos quartos dos pacientes, toda a interação foi realizada pela pesquisadora responsável, podendo o paciente optar pela permanência ou não dos acompanhantes durante a pesquisa. A coleta das respostas ocorreu dentro de um intervalo de quatro (4) meses, de maio a setembro do ano de 2023.

A média de tempo para o desenvolvimento da intervenção foi de 1 hora e 30 minutos, para cada paciente. É possível dividir esse intervalo de tempo total em intervalos menores. Utilizou-se em média 15 minutos para explicar a pesquisa, apresentar o Programa Contação de Histórias na Promoção da Saúde e realizar a leitura e assinatura do TCLE. Após isso, a primeira coleta dos questionários demandou em média 15 minutos, dependendo se o indivíduo optava por realizar a leitura e responder individualmente, ou se solicitava que a pesquisadora realizasse a leitura dos mesmos. As práticas de contação das crônicas demandaram cerca de 10 minutos cada uma, totalizando 20 minutos. Entre as crônicas e após a leitura da segunda, houve tempo para diálogo, o que demandou cerca de 30 minutos, variando conforme a solicitação dos pacientes. Após essas etapas, a segunda coleta de respostas dos questionários demandou cerca de 10 minutos, seguindo as mesmas variáveis da primeira coleta.

O n, tamanho da amostra estipulado e alcançado, foi de 20 indivíduos, número considerado oportuno tendo em vista a metodologia estipulada, a complexidade do estudo e a capacidade de gerar as respostas necessárias para a pergunta norteadora.

5.7. ANÁLISE DE DADOS

Os dados coletados foram tabulados e analisados utilizando o programa Microsoft Office Excel. Foi realizada uma análise descritiva/comparativa para observar as diferenças na distribuição das respostas aos testes aplicados (ETE e ETC-R), gerando quadros comparativos entre as respostas antes e após a intervenção de contação de histórias.

5.8. SOBRE OS AUTORES E AS OBRAS

Ambos os textos foram selecionados para as práticas de contação de histórias desenvolvidas na pesquisa através de uma metodologia, vários fatores foram analisados e ponderados para sua seleção ou exclusão. A pesquisadora analisou os contextos das obras para verificar a possibilidade de gerar desconforto, desencadear gatilhos ou trazer à tona sentimentos indesejáveis aos pacientes.

Dezenas de livros e textos foram lidos e relidos, até que a seleção fosse concluída. Duas crônicas foram selecionadas para as práticas de contação desenvolvidas ao longo da pesquisa, cada uma contendo uma temática diferente.

Todas as obras são de autoria de diferentes artistas que serão brevemente apresentados a seguir. Cada autor possui vertente literária, posição social e local de fala distintos, o que objetiva aumentar a possibilidade de identificação do interlocutor com alguma das obras. Para além disso, dar-se-á uma sucinta justificativa teórica para a seleção das obras, evidenciando possíveis benefícios aos pacientes e prováveis sentimentos desencadeados.

5.8.a. UMA MEMÓRIA SOBRE A CÔMODA, IGOR PIRES DA SILVA

Igor Pires da Silva, brasileiro e jovem de 24 anos, sempre buscou na literatura uma maneira de escrever e ser escrito: é a maneira como grita no mundo. Desde muito novo teve que se encontrar dentro de um universo cuja linguagem - poética, da palavra - soa para ele como natural e expansiva.

Textos Cruéis Demais para serem lidos rapidamente (TCD) é uma coletânea de textos da página homônima no Facebook que conta com mais de 1 milhão de curtidas

e o exemplar já vendeu mais de 300 mil cópias. Os textos se assemelham com os textos das redes sociais (que é a ideia proposta pelo coletivo), são curtos, breves, diretos, entretanto, são extremamente intensos.

Por se tratar de temas comumente vividos por boa parte da população, como o rompimento, o abandono, a dor, o leitor é levado a se identificar e sentir que ele mesmo poderia ter escrito aquilo. TCD mostra que a dor precisa sim ser sentida e ser vivida, pois através dos sentimentos ruins as pessoas são capazes de se tornar mais fortes emocionalmente e espiritualmente. Tal objetivo intersecciona com a proposta da presente pesquisa, possibilitando um momento de reflexão e possibilidade de refletir e sentir para os pacientes, que enfrentam constantes dificuldades em sua situação de saúde e doença.

O autor considera que as lições tiradas dos momentos mais difíceis são as mais proveitosas, e é nesse contexto que “Uma memória sobre a cômoda”, texto da obra escolhido para o desenvolvimento da prática de *storytelling*, aborda temáticas difíceis e complexas da rotina de todos os indivíduos como possibilidade de crescimento, ofertando um ponto de vista positivo acerca dos impactos gerados por aqueles momentos.

O conteúdo de alguns trechos da obra foi de importante significância para a escolha da mesma, fato comprovado com o impacto gerado em diversos pacientes durante a leitura do mesmo. Alguns trechos, seu principal objetivo e reflexões são abordados a seguir.

5.8.b. PENSAR É TRANSGREDIR, LYA LUFT

Cronista, contista, romancista, ensaísta e poeta, Lya Luft foi uma das mais prestigiadas escritoras brasileiras do século 20, autora de uma obra extensa e multidisciplinar. Gaúcha, nascida em Santa Cruz do Sul, começou a trabalhar para editoras, traduzindo obras de autores de língua inglesa e alemã, atividade que a autora afirmava se tratar de sua verdadeira profissão, pois lhe rendia a maioria dos proventos.

No que tange a sua obra literária, seus primeiros poemas foram escritos no início dos anos 1960, sendo reunidos, posteriormente, no livro *Canções do Limiar* (1964). Após mais de 50 anos de carreira literária, Lya é reconhecida pelo público e pela crítica por sua luta contra os estereótipos sociais, apesar de afirmar que não escreve exclusivamente sobre as mulheres, mas sobre tudo o que a assombra.

A autora faleceu aos 83 anos em decorrência de um câncer. Quando a doença foi descoberta, já estava em estado metastático, disseminado pelo organismo. A escritora passou por tratamento e chegou a ser internada algumas vezes, contudo afirmou desejar morrer em seu apartamento.

Em entrevista a uma coluna, Lya chegou a falar sobre a morte: "Não quero brincar de morrer, como em criança fazia, me deitava na cama, no assoalho, tentando ficar assim por um pouco de tempo que fosse: não conseguia muita coisa. Achava morrer muito ameaçador, e se nunca mais eu conseguir acordar desse sono maluco? Melhor pegar um dos meus amados livros e entrar naquelas histórias".

No contexto da obra escolhida para fazer parte deste trabalho, Pensar é transgredir vai da preocupação com o social à inquietação pelo mistério da vida. Mas nele Lya Luft também deixa transparecer fatos do cotidiano de sua casa, revela coisas de sua infância e mostra seu lado bem-humorado. Fala do desafio que é escrever parte da história pessoal, e da dificuldade de se responsabilizar pelas escolhas feitas; tudo isso descrito com ternura, alegria e perplexidade.

6. RESULTADOS

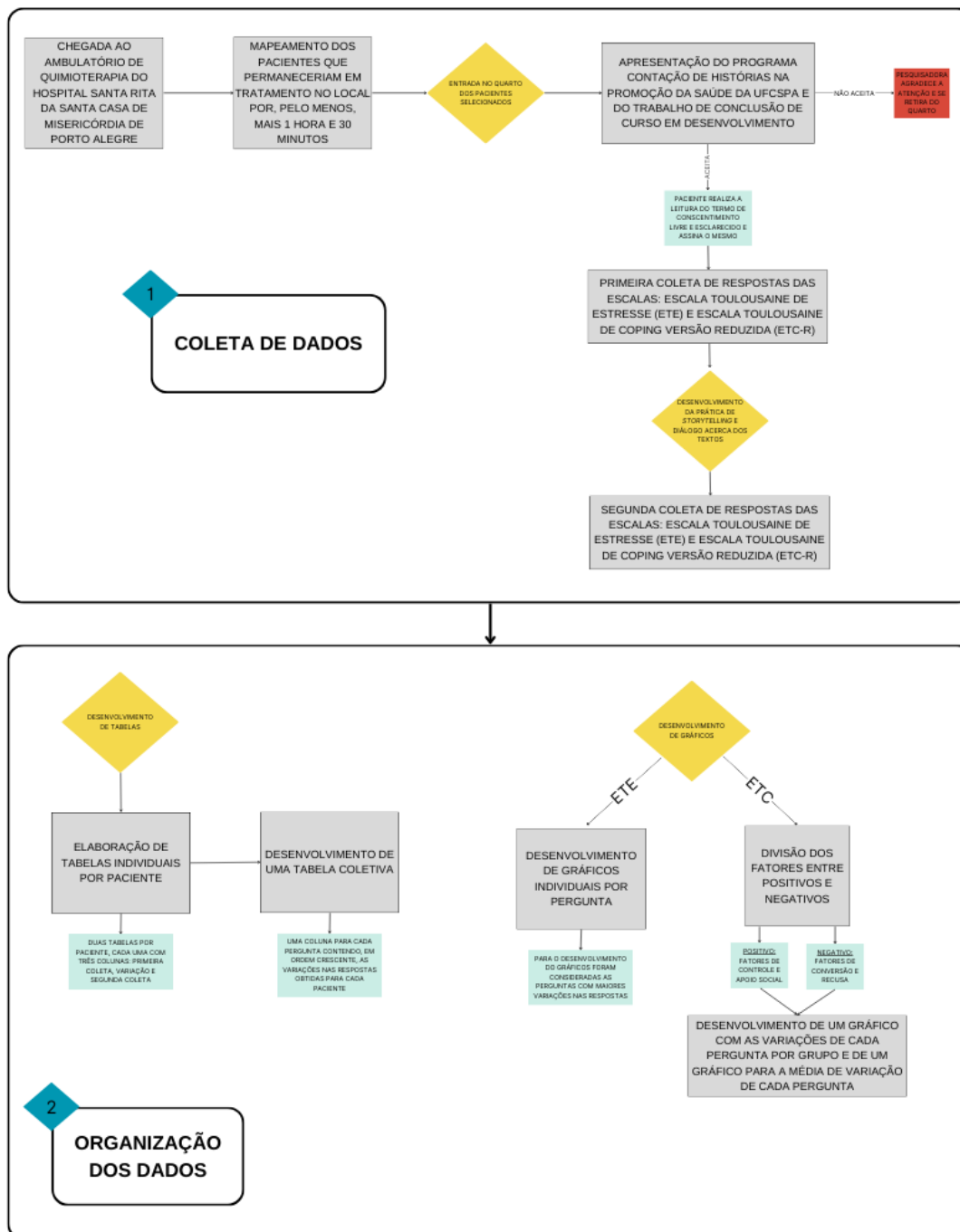
Os resultados obtidos após as etapas metodológicas explicitadas serão apresentados de diferentes formas. Inicialmente apresenta-se um fluxograma com as etapas de desenvolvimentos das coletas e da organização dos dados obtidos. Após isso, a pesquisadora descreve detalhadamente como ocorreu o processo de coleta e organização. Nesse quesito, fica a critério do leitor optar por uma ou pelas duas versões de relato.

Em seguida, seguem todas as elucidações acerca do desenvolvimentos das tabelas e gráficos produzidos pela pesquisadora através da ferramenta Excel. Cada tipo de dado foi avaliado de forma distinta, seguindo os objetivos preconizados.

6.1. FLUXOGRAMA

Imagem 01 – Fluxograma de desenvolvimento da pesquisa

Storytelling como prática integrativa para a redução dos níveis de estresse em pacientes oncológicos



Fonte: Autora (2023).

6.2. DIÁRIO DA PESQUISADORA

Desde sua concepção, este projeto de pesquisa se mostrou desafiador em diversos pontos: defender práticas humanizadas em ambientes de saúde demasiadamente tecnicistas, adentrar a realidade de pacientes em situação de extrema vulnerabilidade física e psicológica e evidenciar a eficácia da contação de histórias como prática de cuidado. Entretanto, tais barreiras não se mostraram como empecilhos para a pesquisadora e suas orientadoras, mas sim, como molas propulsoras para a real conquista deste espaço.

As dificuldades já imaginadas foram enfrentadas pela pesquisadora desde a submissão do projeto de pesquisa ao Comitê de Ética responsável, demandando um tempo demasiado longo e repleto de contratempos até sua autorização. Após a liberação para adentrar os ambientes hospitalares propostos, novos desafios foram encontrados para a concretização da pesquisa.

Ao iniciar o planejamento para adentrar o ambiente de práticas: ambulatório de quimioterapia do Hospital Santa Rita da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, a pesquisadora foi informada que o mesmo estava passando por importantes reformas, sendo toda a ala transferida para um local provisório, de difícil acesso e locomoção. Após visitas de reconhecimento do espaço, foi possível concluir, em conjunto com a enfermeira responsável pela área, que o turno do final da tarde e início da noite seria mais adequado, em decorrência do menor fluxo de pacientes e profissionais.

Após essa constatação, a pesquisadora realizou seu primeiro dia de coleta, chegando na ala em torno das 18h. De fato, o fluxo nesse horário era menos intenso, contudo, os pacientes também se encontravam cansados e sonolentos, pois, muitos desses, desenvolvem suas atividades da vida diária ao longo do dia e se deslocam para realizar seus tratamentos no turno disponível.

Nesse dia de coleta haviam apenas 7 (sete) pacientes no momento da chegada da pesquisadora, sendo que 1 (um) logo foi liberado pelas profissionais e 2 (dois) estavam adormecidos. Os demais 4 (quatro) pacientes estavam despertos e aceitaram dialogar com a pesquisadora. A mesma apresentou brevemente a Universidade e o Programa de Extensão ao qual a pesquisa se vincula, e um curto resumo acerca do projeto de pesquisa. Após tais esclarecimentos, solicitou que os indivíduos lessem o TCLE, conforme orientação do CEP. Após a leitura do mesmo, 3 (três) dos 4 (quatro) desistiram de participar da pesquisa. Os desistentes afirmaram

que já estavam sendo submetidos a muitos medicamentos e que muitos profissionais já estavam avaliando seus padrões de saúde e doença e não gostariam de ser submetidos a outras atividades ou avaliados de outras maneiras.

Desse modo, as práticas de contação de histórias e as coletas de dados nos questionários foram realizadas somente com 1 (um) paciente, que demonstrou muita satisfação pela conexão com as obras e afirmou que tal prática fez com que o tempo do tratamento passasse mais rapidamente e de forma mais leve. Contudo, também pontuou ser longo o tempo demandado tanto para a leitura do TCLE quanto para o preenchimento dos questionários.

Em um outro dia, no mesmo horário, a pesquisadora se deslocou ao ambulatório para realizar novas práticas e coletas para a pesquisa, nessa situação nenhum dos pacientes abordados aceitou participar da pesquisa, relatando a mesma indisposição a ser avaliado novamente por profissionais da saúde e relataram desconforto de realizar tais interações diante de outros pacientes com os quais não possuíam relação próxima.

Tal situação fez com que a pesquisadora reconsiderasse a metodologia proposta para o estudo, reavaliando os pontos positivos e negativos. Em uma nova tentativa, optou-se por realizar a prática e coleta em um sábado no turno da manhã, nessa situação específica, os pacientes SUS normalmente alocados todos em conjunto no ambulatório, estavam utilizando a área de convênios e atendimentos particulares, onde cada paciente possui sua privacidade preservada pois possuem quartos individuais. Nessa situação foi possível desenvolver a pesquisa com os 2 (dois) pacientes que estavam em tratamento, sendo que estes demonstraram felicidade em participar da pesquisa e relataram diversos pontos positivos nas práticas de contação de histórias e na interação com a pesquisadora. A partir dessa experiência, constatou-se que a coleta dos dados seria viável se realizada no ambulatório dos atendimentos particulares e convênios, em decorrência da privacidade ofertada aos pacientes.

Apesar de solucionar o impasse para o alcance do número necessário de intervenções, necessitar retirar-se do ambiente de atendimento SUS gerou certo desconforto para a pesquisadora, pois, desde a origem do Programa de Extensão, o principal objetivo é possibilitar atendimento humanizado e acesso à cultura aos pacientes que menos os tem. Apesar da quebra de expectativa gerada pela mudança

de rumo da pesquisa, as interações possíveis com os pacientes foram extremamente gratificantes e geraram resultados palpáveis para a pesquisa.

A ideia da pesquisa teve sua vertente no principal objetivo do Programa: gerar atendimento humanizado aos pacientes que dele necessitam. Apesar de extremamente valiosa e capaz de gerar inúmeros benefícios aos pacientes e aos profissionais, a prática da contação de histórias com crônicas intensas em situações delicadas de saúde dos pacientes acaba por gerar uma grande comoção, fator que, por muitas vezes, atingiu a própria pesquisadora. A intensidade dos sentimentos e a capacidade que as palavras possuem de despertar emoções em quem as escuta, por muitas vezes levou pacientes e familiares as lágrimas, tanto por alegria quanto por esses assumirem a posição de vulnerabilidade em que estavam e, até mesmo, de reconhecimento de sentimentos que tanto buscavam esconder durante a rotina.

Aqui vale ressaltar que o fato da pesquisa ter um caráter metodológico quantitativo, as práticas e interações em nenhum momento perderam sua principal característica, a humanização, prática intrinsecamente qualitativa.

6.3. ANÁLISE DAS TABELAS INDIVIDUAIS ETE E ETC-R

As tabelas individuais foram desenvolvidas considerando todas as respostas de cada participante, em sua primeira e segunda possibilidades para ambas as escalas. Cada tabela apresenta 8 colunas, as 4 primeiras referentes a ETE e as demais a ETC-R.

A primeira coluna apresenta todas as perguntas referentes a ETE, seguida da primeira coleta de respostas ao questionário, variação entre as respostas, e segunda coleta. Na coluna de número 5 são apresentadas todas as perguntas referentes a ETC-R, seguida da primeira coleta de resposta para este questionário, variação entre as respostas, e segunda coleta, exemplificada na Tabela 01.

Tabela 01 – Tabela individual referente ao paciente 07

PACIENTE 07							
ETE	ETE 1	ALTERAÇÃO	ETE 2	ETC	ETC 1	ALTERAÇÃO	ETC 2
1. Estou preocupado(a), atormentado(a) ou chateado(a)	2	-1	1	1. Enfrento a situação	5	0	5
2. Minha garganta está apertada ou minha boca está seca	1	0	1	2. Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer	1	0	1
3. Me sinto ameaçado(a)	1	0	1	3. Tento não pensar no problema	3	0	3
4. Eu tenho um rosto tenso ou maxilares cerrados	5	-4	1	4. Evito encontrar-me com pessoas	1	0	1
5. Eu estou tenso(a)	4	-1	3	5. Mudo a minha forma de viver	1	0	1
6. Me sinto pressionado(a) pelo tempo	2	-1	1	6. Analiso a situação para melhor a compreender	4	0	4
7. Eu me sinto desanimado(a) ou deprimido(a)	4	-1	3	7. Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto	5	-1	4
8. Estou com um nó no estômago	1	0	1	8. Procuro atividades coletivas	5	0	5
9. Eu repasso as mesmas ideias, eu rumino	5	-4	1	9. Sei o que tenho que fazer e redobro meus esforços para o alcançar	5	-1	4
10. Eu mordo minhas unhas ou mordo meus lábios	5	-2	3	10. Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades	1	0	1
11. Estou cansado(a)	4	-1	3	11. Resisto ao desejo de agir, até que a situação me permita	3	1	4

Fonte: Autora (2023).

As colunas de respostas dos pacientes foram preenchidas manualmente pela pesquisadora, já a coluna de alteração das respostas foi produzida através do uso de fórmulas matemáticas na própria planilha, que realizou o cálculo automático dessas variações. Além disso, instituir uma formatação condicional na planilha permitiu que os resultados das alterações fossem agrupados por cores, sendo os resultados negativos representados pela cor verde, os positivos pela cor vermelha, e os nulos, iguais a zero, pela cor amarela. Instituir as colorações para os valores das alterações facilitou a análise dos dados.

Após o criterioso desenvolvimento das tabelas individuais, foi possível idealizar e desenvolver tabelas de análises coletivas. As tabelas da amostra total permitem interpretar de maneira ampla os resultados obtidos, podendo evidenciar, por escala, grupo de perguntas ou perguntas individuais, os impactos gerados pelas práticas nos pacientes, sendo esse o principal objetivo do estudo.

6.4. ANÁLISE DAS TABELAS COLETIVAS

As análises coletivas foram desenvolvidas a partir dos resultados obtidos nas análises individuais já explicitadas. A tabela coletiva foi dividida em duas partes, sendo uma delas para cada escala. Na primeira linha de ambas as partes, foram inseridas todas as perguntas, após isso, nas 20 linhas abaixo foram inseridas as alterações das respostas presentes nas tabelas individuais (segunda resposta subtraída da primeira resposta).

Desse modo, todas as alterações das respostas individuais foram tabeladas de acordo com a pergunta e organizadas, fazendo uso das ferramentas matemáticas do Excel, em ordem crescente. A tabulação em ordem crescente dos resultados obtidos possibilitou estratificar as alterações em três grupos numéricos: negativas, positivas e nulas. Tal estruturação é possível verificar na tabela 02.

Tabela 02 – Tabela coletiva ETC-R

1. Escala e Abordagem CONTROLE	2. Tabela em comparação entre as respostas antes e depois da prática social	3. Tabela para análise da prática social	4. Tabela para análise da prática social	5. Tabela para análise da prática social	6. Tabela para análise da prática social	7. Tabela para análise da prática social	8. Tabela para análise da prática social	9. Tabela para análise da prática social	10. Tabela para análise da prática social	11. Tabela para análise da prática social	12. Tabela para análise da prática social	13. Tabela para análise da prática social	14. Tabela para análise da prática social	15. Tabela para análise da prática social	16. Tabela para análise da prática social	17. Tabela para análise da prática social	18. Tabela para análise da prática social
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9
10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10
11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11
12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12
13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13
14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14
15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16
17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17	17
18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19	19
20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20

Fonte: Autora (2023).

Cabe ressaltar que, no que se refere à interpretação das escalas, as alterações negativas não significam necessariamente um caráter inconveniente ou conveniente, valendo o mesmo para as positivas. Na ETE, as alterações negativas, que representam uma redução da primeira aplicação da escala para a segunda, significam um resultado favorável, demonstrando a eficácia da prática desenvolvida como fator redutor dos níveis de estresse nos pacientes em tratamento quimioterápico.

Entretanto, tal relação não pode ser considerada como uma constante quando da aplicação da ETC-R, pois as estratégias de enfrentamento são heterogêneas, como já mencionado, de modo que podem ser consideradas positivas ou negativas, impossibilitando uma interpretação única para os valores obtidos em diferentes parâmetros. Desse modo, alterações com valor maior que zero em estratégias negativas demonstram variações desfavoráveis, e vice-versa.

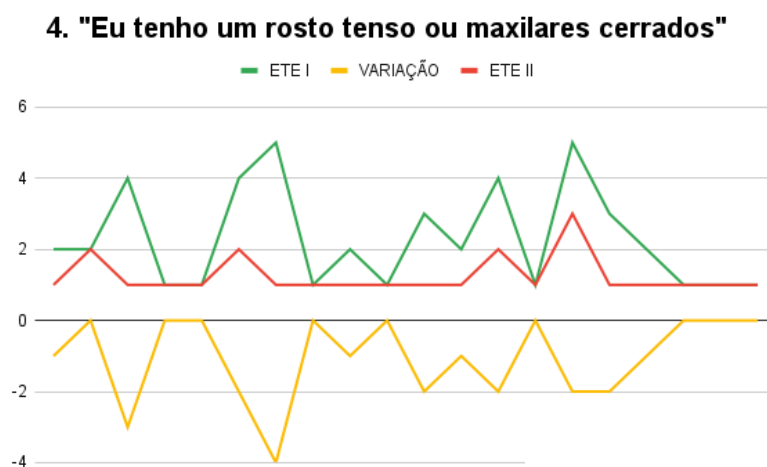
6.5. ANÁLISE DAS TABELAS E GRÁFICOS POR PERGUNTA DA ETE

Os gráficos desenvolvidos para as respostas das perguntas referentes a ETE seguem o seguinte padrão: as respostas obtidas na primeira oportunidade, antes da realização da prática possuem sua linha gráfica na cor verde, as respostas após a prática são vermelhas e as alterações são apresentadas na cor amarela.

O gráfico apresentado abaixo faz referências às 20 respostas obtidas para o questionamento: “Eu tenho um rosto tenso ou maxilares cerrados”. As variações das respostas antes e após a prática foram: -1, 0, -3, 0, 0, -2, -4, 0, -1, 0, -2, -1, -2, 0, -2, -2, -1, 0, 0, 0. Aplicando esses dados e realizando a análise do gráfico é possível perceber que, em todas as respostas para a pergunta, houve uma variação negativa ou nula entre as respostas, esse fato é visível pois a linha vermelha em nenhum momento ocupa um espaço acima da linha verde no gráfico e a linha amarela não ultrapassa o eixo x, tal fato demonstra a eficácia da prática aqui colocada à prova.

É possível exemplificar tal fato: quando questionado na primeira chance de resposta, antes da intervenção, a afirmativa de número 4 da ETE “Eu tenho um rosto tenso ou maxilares cerrados”, o paciente 07 respondeu 5 (quase sempre), já na segunda oportunidade de resposta, após a intervenção, sua resposta foi 1 (quase nunca). Tal exemplo permite perceber uma alteração de -4 entre as respostas, desse modo, a diferença negativa apresenta um caráter conveniente, pois o paciente deixou de estar “quase sempre com o rosto tenso” e passou a estar “quase nunca com o rosto tenso”.

Gráfico 01 – Gráfico coletivo de respostas e variações do questionamento 4 da ETE

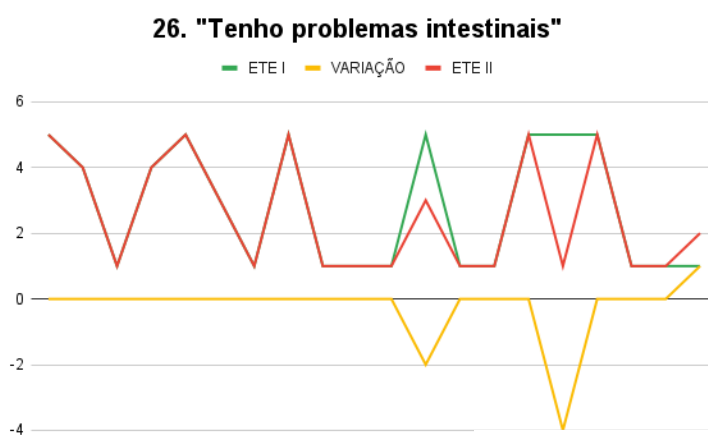


Fonte: Autora (2023).

Tal análise permite avaliar o impacto da prática de *storytelling* no que se refere a uma das manifestações físicas presentes na ETE. No que se refere às expressões faciais e fisionomias de tensão, foi possível perceber que houve uma variação favorável. Contudo, tal afirmação não pode ser considerada universal para todas as manifestações físicas, em decorrência do fato de muitas dessas serem resultado de fatores externos.

Um exemplo capaz de corroborar com tal afirmação é a pergunta 26 da ETE: “tenho problemas intestinais”. Para essa pergunta as variações de resposta foram: 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0, 0, -2, 0, 0, 0, -4, 0, 0, 0, 1. É possível perceber que a prática desenvolvida não gerou impactos significativos para a grande maioria dos indivíduos, tal fato se deve a todos fatores envolvidos no sintoma questionado, desde questões da realidade individual até fatores diretamente relacionados ao tratamento quimioterápico. Esse fato será discutido adiante.

Gráfico 02 – Gráfico coletivo de respostas e variações do questionamento 26 da ETE



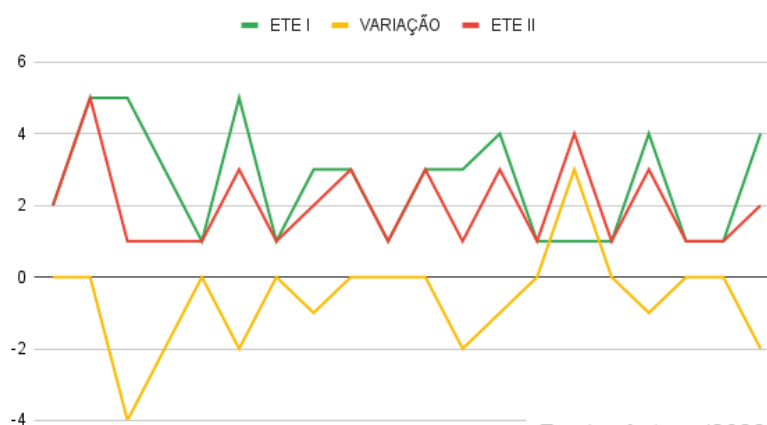
Fonte: Autora (2023).

As manifestações de temporalidade também avaliadas pela ETE, apresentaram resultados semelhantes às aquelas consideradas físicas. Tal fato é visível quando comparadas as variações obtidas para duas diferentes perguntas do mesmo campo de manifestação, 12 e 30, respectivamente, “Estou preocupado(a) se tiver que planejar meu futuro” e “Tenho dificuldade em organizar o meu tempo”.

Para a pergunta número 12 é possível perceber o impacto gerado pela intervenção através das variações obtidas: 0, 0, -4, -2, 0, -2, 0, -1, 0, 0, 0, -2, -1, 0, 3, 0, -1, 0, 0, -2. Aplicando esses dados e realizando a análise do gráfico é possível perceber que, somente em uma das respostas para a pergunta, houve uma variação positiva, esse fato é visível pois, no ponto que se refere ao paciente 15, a linha vermelha encontra-se acima na linha verde no gráfico, mesmo momento em que a linha amarela está acima do eixo x, indicando assim uma variação positiva.

Gráfico 03 – Gráfico coletivo de respostas e variações do questionamento 12 da ETE

12. "Estou preocupado(a) se tiver que planejar meu futuro"



Fonte: Autora (2023).

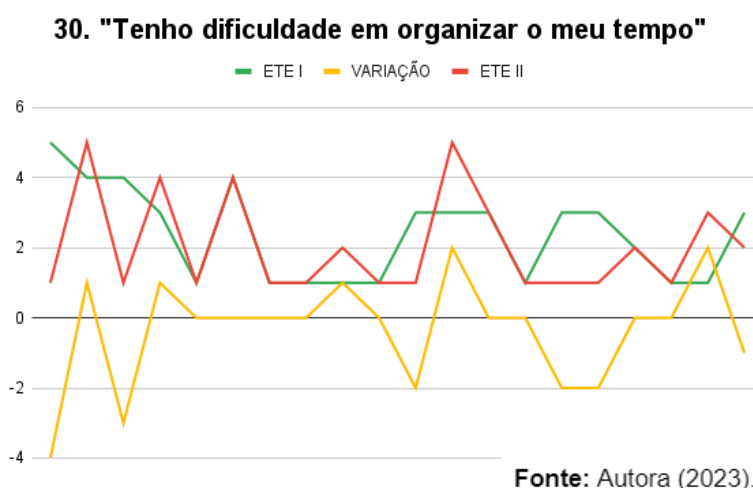
É possível demonstrar tal efeito positivo através das respostas do paciente: quando questionado na primeira chance de resposta, antes da intervenção, a afirmativa de número 12 da ETE, o paciente 3 respondeu 5 (quase sempre), já na segunda oportunidade de resposta, após a intervenção, sua resposta foi 1 (quase nunca). Tal exemplo permite perceber uma alteração de -4 entre as respostas, desse modo, a diferença negativa apresenta um caráter conveniente, pois o paciente deixou de estar “quase sempre preocupado se tiver que planejar o futuro” e passou a estar “quase nunca preocupado se tiver que planejar o futuro”.

Entretanto, assim como ocorreu nas manifestações físicas, as manifestações de temporalidade avaliadas na ETE também sofreram variações diferenciadas

conforme o questionamento. Quando questionados acerca do tópico de número 30 “Tenho dificuldade em organizar o meu tempo”, as respostas não apresentaram uma homogeneidade como percebido na pergunta anterior.

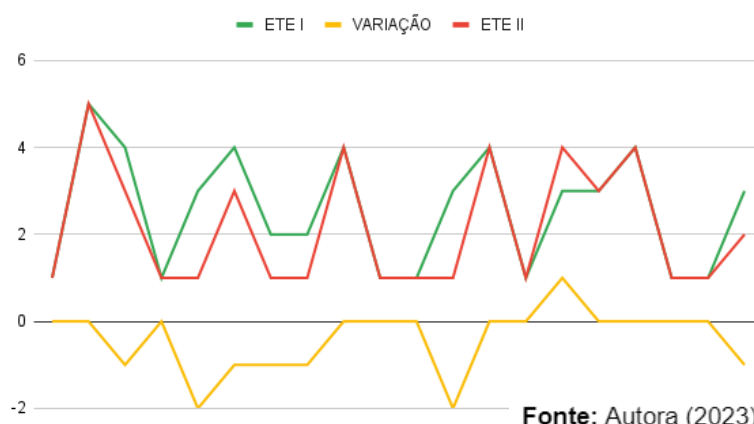
Para essa pergunta, as variações de resposta foram: -4, 1, -3, 1, 0, 0, 0, 0, 1, 0, -2, 2, 0, 0, -2, -2, 0, 0, 2, -1. É possível perceber que a prática desenvolvida não gerou impactos constantes nos indivíduos, tal fato se deve ao questionamento estar relacionado com a rotina do indivíduo de um modo geral, sendo afetada por diversas variáveis presentes na realidade de cada um, aliada também à percepção da situação atual de saúde e doença.

Gráfico 04 – Gráfico coletivo de respostas e variações do questionamento 30 da ETE

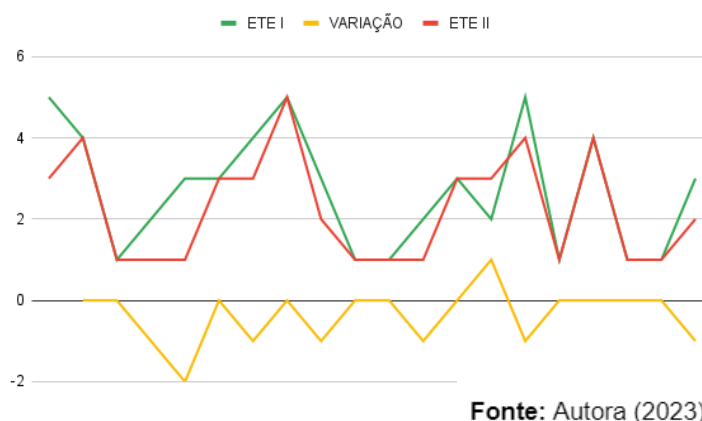


No que se refere às manifestações psicológicas e psicofisiológicas, foi possível perceber a presença de um padrão nas variações, oscilando menos conforme a pergunta do que nos exemplos anteriores.

Para a pergunta 1 “Estou preocupado(a), atormentado(a) ou chateado(a)”, que representa aqui as manifestações psicológicas, as variações das respostas obtidas foram: 0, 0, -1, 0, -2, -1, -1, -1, 0, 0, 0, -2, 0, 0, 1, 0, 0, 0, 0, -1. Como é possível visualizar no gráfico, ocorreram 7 variações negativas, 12 variações neutras e somente 1 variação positiva, possível avaliar pelo único ponto em que a linha amarela se encontra acima do eixo x. Tal resultado evidencia a eficácia da prática integrativa nos pacientes no que se refere, também, às manifestações psicológicas.

Gráfico 05 – Gráfico coletivo de respostas e variações do questionamento 1 da ETE**1. "Estou preocupado(a), atormentado(a) ou chateado(a)"**

Considerando o quarto e último grupo de manifestações de estresse avaliados pela ETE, as psicofisiológicas, optou-se pela interpretação da pergunta de número 11 “Estou cansado”. Para esse questionamento obtiveram-se as seguintes variações numéricas: -2, 0, 0, -1, -2, 0, -1, 0, -1, 0, 0, -1, 0, 1, -1, 0, 0, 0, 0, -1. É possível constatar, analisando as linhas do gráfico 06, o estabelecimento de um padrão semelhante: 11 resultados neutros, 8 resultados negativos e somente 1 positivo, evidenciado pelo ponto em que a linha amarela cruza o eixo.

Gráfico 06 – Gráfico coletivo de respostas e variações do questionamento 11 da ETE**11. "Estou cansado (a)"**

6.6. ANÁLISE DAS TABELAS E GRÁFICOS DA ETC-R, DE ACORDO COM FATORES POSITIVOS E NEGATIVOS

Como já elucidado, as alterações apresentadas para as perguntas da ETC-R devem ser analisadas individualmente ou separadas em dois grupos: positivas e negativas. Diferentemente do apresentado para a ETE, as variações entre respostas

com valor negativo, nem sempre representarão um impacto positivo das práticas na realidade dos pacientes.

De modo geral, considerando matematicamente os questionamentos, as variações positivas em estratégias classificadas como positivas significam uma melhoria no enfrentamento do paciente. O oposto irá valer para as estratégias negativas.

6.6.a. ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO POSITIVAS

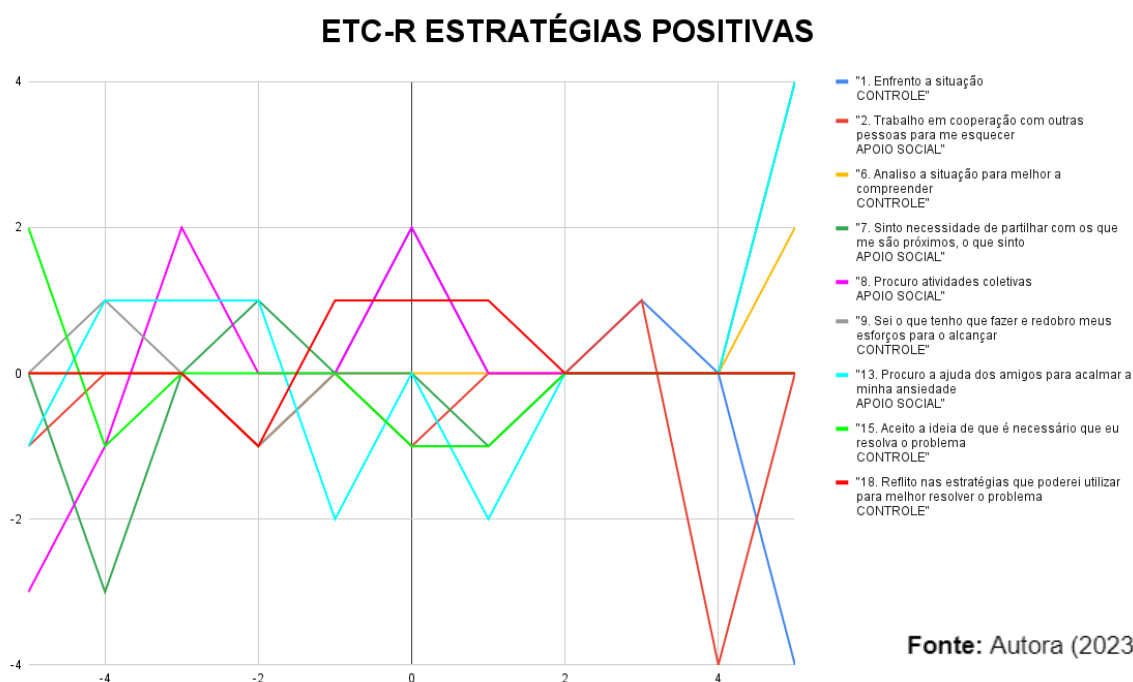
A ETC-R é composta por 18 questionamentos, divididos em duas categorias: estratégias de enfrentamento positivas e negativas. As 9 perguntas que compõem as estratégias positivas ainda podem ser divididas em dois distintos grupos, as de controle e de apoio social.

Estratégias de controle: “1. Enfrento a situação”; “6. Analiso a situação para melhor a compreender”; “9. Sei o que tenho que fazer e redobro os 3 meus esforços para o alcançar”; “15. Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema”; “18. Reflito nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema”.

Estratégias de apoio social: “7. Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto”; “8. Procuro atividades coletivas”; “13. Procuro a ajuda dos meus amigos para acalmar a minha ansiedade”.

No gráfico 07 estão elucidadas as variações de respostas dos 20 pacientes para cada um dos questionamentos considerados positivos, cada tracejado apresenta uma cor que, respectivamente, representa a pergunta na legenda à direita. No caso de estratégias consideradas positivas, alterações maiores que zero representam resultados favoráveis das práticas desenvolvidas.

Gráfico 07 – Gráfico coletivo de variações das estratégias consideradas positivas da ETC-R



Todos os pontos acima do eixo x representam variações positivas que, nesse contexto, retratam efeitos benéficos pois aumentaram a incidência de estratégias positivas de enfrentamento. A seguir serão avaliados isoladamente alguns dos fatores positivos, ressaltando as principais alterações apresentadas nas respostas.

Para uma visualização mais fácil do efeito das práticas de contação de histórias nas estratégias de enfrentamento positivas, foi desenvolvido outro gráfico que resalta os resultados de maneira distinta.

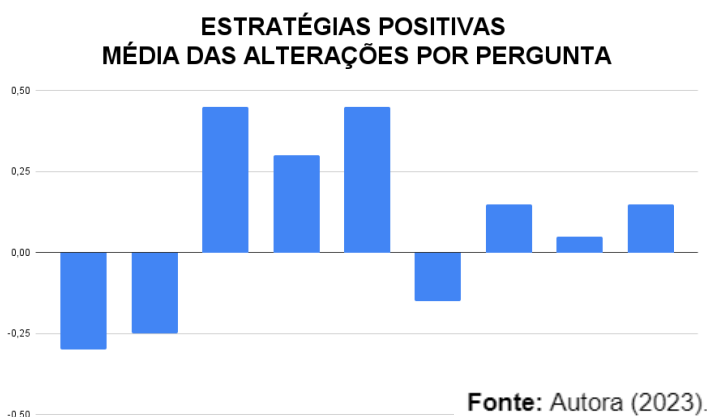
Para o desenvolvimento do gráfico 08, foi calculada a média das alterações (subtração da segunda resposta pela primeira) dos 20 pacientes para cada um dos questionamentos. Desse modo as médias alcançadas foram:

- 1. Enfrento a situação = -0,30
- 2. Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer = -0,25
- 6. Analiso a situação para melhor a compreender = 0,45
- 7. Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto = 0,30
- 8. Procuro atividades coletivas = 0,45
- 9. Sei o que tenho que fazer e redobro os esforços para o alcançar = -0,15
- 13. Procuro a ajuda dos amigos para acalmar a minha ansiedade = 0,15
- 15. Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema = 0,05

- 18. Reflito nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema = 0,15

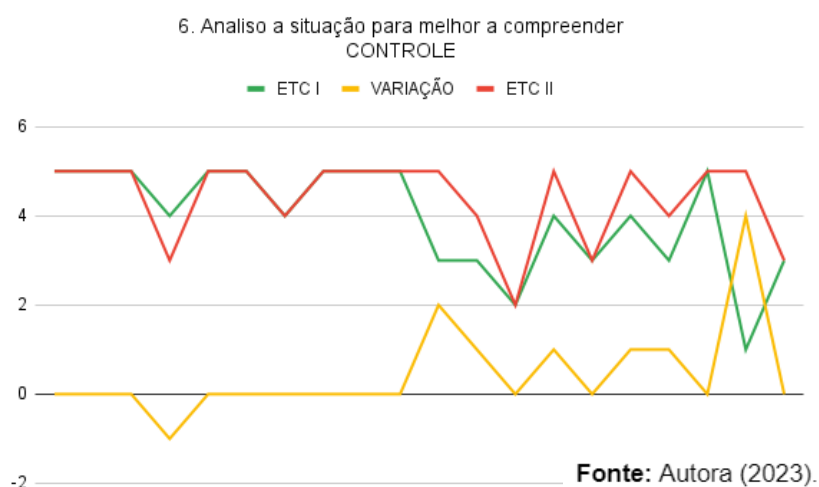
Realizando a soma de todas as variações obtemos o valor 0,85, o que demonstra que houve uma alteração média de valor maior que zero para as estratégias positivas, o que aponta aumento do uso de estratégias positivas de enfrentamento quando realizada a comparação entre as respostas antes da intervenção de *storytelling* e após. Tal fato é visível também no gráfico abaixo apresentado, enquanto 6 colunas estão acima do eixo x, somente 3 estão abaixo do mesmo, o que, matematicamente, demonstra uma tendência ao valor positivo. Fato comprovado através da soma de todos os valores.

Gráfico 08 – Gráfico coletivo da média das alterações por pergunta das estratégias consideradas positivas pela ETC-R



Foram desenvolvidos gráficos para as variações apresentadas pelos 20 indivíduos para cada pergunta da ETC-R. O gráfico 09 faz referência ao questionamento de número 6: “Analiso a situação para melhor a compreender”, que corresponde a uma estratégia de controle.

É possível verificar, através da linha de cor amarela, que ocorreram 6 variações positivas, 1 variação negativa e 13 variações neutras, ou iguais a zero.

Gráfico 09 – Gráfico coletivo de respostas e variações do questionamento 6 da ETC-R**6.6.b. ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO NEGATIVAS**

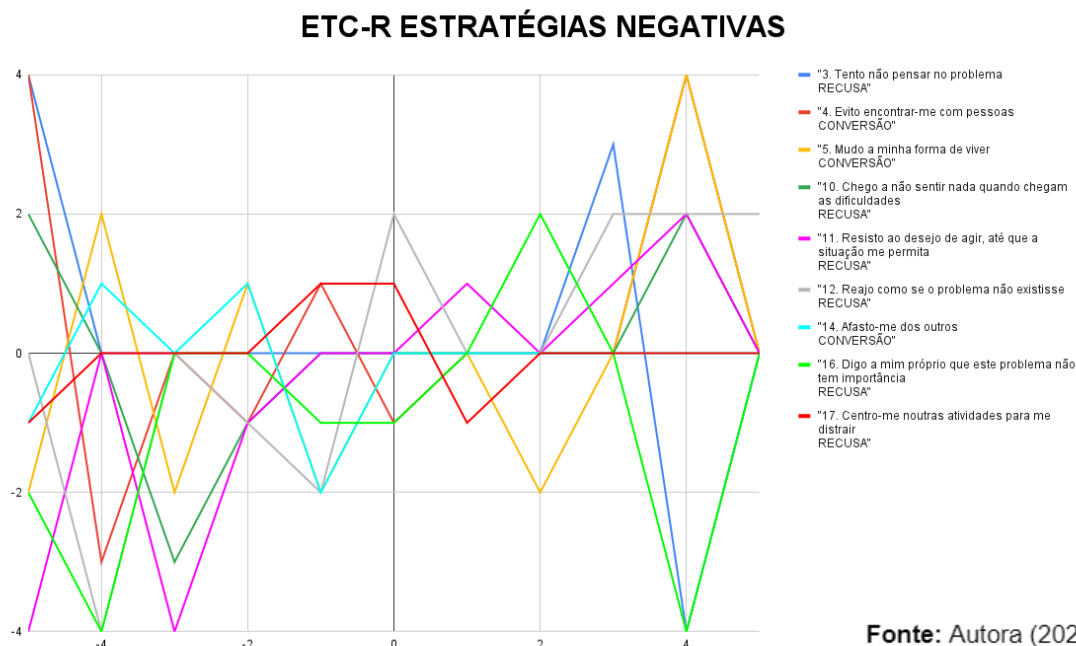
A ETC-R é composta por 18 questionamentos, divididos em duas categorias: estratégias de enfrentamento positivas e negativas. As 9 perguntas que compõem as estratégias negativas ainda podem ser divididas em dois distintos grupos, as de recusa e conversão.

Estratégias de recusa: “10. Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades”; “11. Resisto ao desejo de agir, até que a situação a/o permita”; “12. Reajo como se o problema não existisse”; “16. Digo a mim próprio que este problema não tem importância”.

Estratégias de conversão: “2. Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer”; “3. Tento não pensar no problema”; “4. Evito encontrar-me com pessoas”; “5. Mudo a minha forma de viver”; “14. Afasto-me dos outros”; “17. Centro-me noutras atividades para me distrair”.

No gráfico 10 estão elucidadas as variações de respostas dos 20 pacientes para cada um dos questionamentos considerados negativos, cada tracejado apresenta uma cor que, respectivamente, representa a pergunta na legenda à direita. No caso de estratégias consideradas positivas, alterações maiores que zero representam resultados favoráveis das práticas desenvolvidas.

Gráfico 10 – Gráfico coletivo de variações das estratégias consideradas negativas da ETC-R



Todos os pontos abaixo do eixo x representam variações negativas que, nesse contexto, representam efeitos benéficos pois reduziram a incidência de estratégias negativas de enfrentamento.

Para uma visualização mais fácil do efeito das práticas de contação de histórias nas estratégias de enfrentamento negativas, foi desenvolvido outro gráfico que ressalta os resultados de maneira distinta.

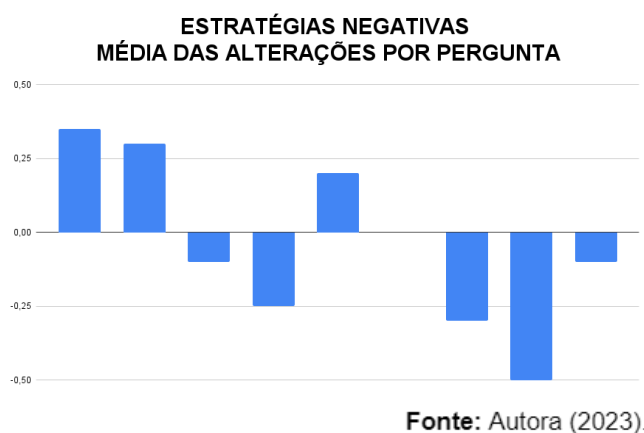
Para o desenvolvimento do gráfico 11, foi calculada a média das alterações (subtração da segunda resposta pela primeira) dos 20 pacientes para cada um dos questionamentos. Desse modo as médias alcançadas foram:

- 3. Tento não pensar no problema = 0,35
- 4. Evito encontrar-me com pessoas = 0,30
- 5. Mudo a minha forma de viver = -0,10
- 10. Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades = -0,25
- 11. Resisto ao desejo de agir, até que a situação me permita = 0,20
- 12. Reajo como se o problema não existisse = 0,00
- 14. Afasto-me dos outros = -0,30
- 16. Digo a mim próprio que este problema não tem importância = -0,50
- 17. Centro-me noutras atividades para me distrair = -0,10

Realizando a soma de todas as variações obtemos o valor -0,40, o que demonstra que houve uma alteração média de valor menor que zero para as

estratégias negativas, o que aponta redução no uso de estratégias negativas de enfrentamento quando realizada a comparação entre as respostas antes da intervenção de *storytelling* e após. Tal fato é visível também no gráfico abaixo apresentado, enquanto 5 colunas estão abaixo do eixo x, somente 3 estão acima do mesmo e 1 se mantém no eixo, representando o 0, o que, matematicamente, demonstra uma tendência ao valor negativo. Fato comprovado através da soma de todos os valores.

Gráfico 11 – Gráfico coletivo da média das alterações por pergunta das estratégias consideradas negativas pela ETC-R



7. DISCUSSÃO

O cuidado em saúde, os tratamentos quimioterápicos, o estresse, as práticas humanizadas, o enfrentamento, a literatura e a contação de histórias pautam essa pesquisa e a trajetória percorrida pela pesquisadora até esse momento. Tendo todos esses pontos em vista, é de suma importância compreender que a presente pesquisa intersecciona eixos nunca mesclados e faz uso de ferramentas de *prima*, em decorrência disso, todas as discussões geradas aqui têm caráter singular.

A contação de histórias é praticada em diversos lugares do Brasil e do mundo, com o intuito de fomentar o cuidado e a humanização, mas também como ferramenta de *marketing* e *branding*, como retratado em algumas referências utilizadas. Entretanto, não foram encontrados estudos que buscassem avaliar de maneira quantitativa os impactos dessa prática secular no bem-estar dos indivíduos.

As escalas ETE e ETC-R têm sua validade comprovada no Brasil e em diversos países do mundo. Ambas foram utilizadas em distintas conjunturas de saúde e educação, para avaliar os níveis de estresse e enfrentamento dos indivíduos, contudo, mesmo com a vasta busca realizada pela pesquisadora, não foi encontrada uma única pesquisa que realizasse dupla coleta das escalas, antes e após, avaliando assim os impactos gerados por alguma prática, de qualquer vertente.

Desse modo, analisando o contexto da pesquisa e os resultados numéricos obtidos é possível concluir, de modo geral, que as práticas de *storytelling* no ambiente proposto se mostraram valiosas e causaram alterações no bem-estar de pacientes e familiares. Os questionários são objetos quantitativos capazes de comprovar a veracidade da hipótese inicial.

Nos próximos tópicos serão debatidos os resultados anteriormente apresentados, fazendo uso de referenciamento teórico para embasar os impactos positivos gerados e também para justificar os neutros e negativos que ocorreram em situações pontuais do estudo. Para além disso, trechos das obras contadas aos pacientes serão pontualmente relacionados com os questionamentos e resultados das escalas, elucidando assim a importância não somente da prática de contação de histórias, mas também da escolha qualificada, dotada de objetivo, das obras utilizadas, enfim, de uma determinada forma terapêutica de contar histórias.

7.1. ANÁLISE DOS IMPACTOS DO *STORYTELLING* NAS RESPOSTAS DA ETE

Conforme elucidado nos resultados, matematicamente, todas as alterações com valores negativos são constatações da eficácia da prática de *storytelling* nos níveis de estresse dos pacientes participantes da pesquisa. Os indivíduos, pacientes oncológicos submetidos a tratamentos quimioterápicos, usualmente vivenciam diversas oscilações de humor decorrentes das dificuldades enfrentadas e dos efeitos adversos causados pelos próprios medicamentos.

Segundo COGHI e COGHI ⁴¹, o processo de estresse está diretamente relacionado a uma ativação intensa do sistema límbico, sendo esse ligado à regulação emocional do indivíduo, e do sistema nervoso autônomo, o que gera alterações fisiológicas e funcionais no organismo. Os principais sinais e sintomas podem ser divididos em físicos (sudorese excessiva, taquicardia, boca seca e extremidades frias) e mentais (insegurança, medo, angústia e insônia).

O estresse é considerado natural, quando não ultrapassa os limiares normais. É possível, portanto, diferenciar o estresse eustress do distress ⁴⁷. Enquanto o primeiro atua como elemento impulsionador, o segundo trata de um fenômeno patológico e anormal, que retrai o indivíduo.

A Escala Toulousaine de Estresse visa avaliar esses sinais e sintomas, contudo, os agrupa em 4 conjuntos de manifestações: físicas, psicológicas, psicofisiológicas e de temporalidade. Todos esses sintomas, quando vividos intensamente e sem controle pelos indivíduos, podem acabar desenvolvendo quadros patológicos muito comuns na realidade atual, dentre eles ansiedade e depressão ⁴⁰.

Quando acometidos por patologias, os níveis de estresse dos indivíduos tendem a aumentar, em decorrência da desregulação hormonal, principalmente do hormônio cortisol. Para aqueles que precisam se submeter a tratamentos desgastantes e constantes consultas hospitalares, os sentimentos negativos costumam ser mais intensos e frequentes.

De modo geral, os pacientes, especialmente aqueles que participaram da pesquisa, têm consciência da situação delicada que estão enfrentando, e dos sentimentos que têm vivenciado, apesar de não desejá-los. Sempre que o tema do estudo foi explicado, houve valorização da importância da pauta, e de reconhecimento, ao perceber que os sentimentos deles também eram percebidos e valorizados, e não somente suas patologias em tratamento no momento.

Algumas perguntas e alguns trechos das obras demonstraram especial atenção e suscitaram um maior diálogo dos pacientes para com a pesquisadora. Entre elas, a pergunta de número 1 da ETE: “Estou preocupado(a), atormentado(a) ou chateado(a)”, evidenciada no gráfico 05, fez com que muitos pacientes falassem, quando da primeira coleta do questionário: “e como eu não vou estar?”. Contudo, já na segunda coleta, alguns relatos foram relevantes como, por exemplo: “eu lembro que coloquei bastante nessa, mas agora já estou mais tranquila” ou “nem tenho tantos motivos assim para ficar chateado”.

Nesse mesmo contexto, muitos pacientes citaram terem sido impactados por um trecho da obra *Pensar é transgredir*, da autora Lya Luft: *“Compreender: somos inquilinos de algo bem maior do que o nosso pequeno segredo individual. É o poderoso ciclo da existência. Nele todos os desastres e toda a beleza têm significado como fases de um processo”*. Nesse contexto foi possível compreender que a prática do *storytelling*, de fato, foi capaz de alterar as sensações negativas vivenciadas, pelo menos naquele momento.

Tal fato percebido através da interação da pesquisadora com os pacientes, também se evidencia nos gráficos previamente apresentados. Assim como ocorreu na manifestação psicológica recém mencionada, os efeitos puderam ser percebidos também nas manifestações físicas, como, por exemplo, no questionamento número 4 da ETE: “Eu tenho um rosto tenso ou maxilares cerrados”. Matematicamente, analisando o gráfico 01, referente ao questionamento, é evidente a alteração de respostas apresentadas pelos indivíduos, sendo que 11 apresentaram redução em sua resposta, e os demais não apresentaram alterações.

Tal fato, relacionado à fisionomia dos pacientes, também foi perceptível fisicamente e nos relatos. Um dos pacientes que, no momento em que aceitou participar do estudo estava visivelmente desmotivado e com expressões faciais mais apáticas, ao responder pela segunda vez o questionário chegou a falar: “eu me emocionei e o texto até fez eu rir”.

Outro ponto relevante é perceber o impacto das práticas na percepção dos indivíduos sobre seus próprios sentimentos, o que ficou evidente nas respostas obtidas para a pergunta número 11 do questionário: “Estou cansado(a)”. No gráfico 06, é possível perceber que 8 dos 20 pacientes obtiveram alterações negativas, que representam diminuição na resposta para essa manifestação psicofisiológica. É fácil compreender que os indivíduos não reduziram o seu cansaço ou deixaram de estar

cansados no tempo da intervenção, contudo, sua percepção acerca do cansaço que estavam sentindo mudou, recebendo uma importância menor do que a dada anteriormente. Alguns pacientes citaram o trecho, também da obra de Lya Luft: “*Mas não é preciso realizar nada de espetacular, nem desejar nada excepcional. Não é preciso nem mesmo ser brilhante, importante, admirado*”, referindo que, talvez, estivessem cansados por tentar alcançar feitos que agora já percebiam não precisar.

O questionamento apresentado no gráfico 03, “Estou preocupado(a) se tiver que planejar meu futuro” apresentou importantes alterações, tendo somente uma variação positiva, que demonstrou aumento da preocupação, fator também relevante para análise. Algo na prática de contação de histórias ou algum trecho do poema fez com que o indivíduo percebesse que ainda precisa planejar algo, traçar algum objetivo ou, apenas, lembrar que existe um futuro para o qual precisa estar pronto. De modo geral, ainda que tenha ocorrido um aumento na preocupação referente a tal item, a mesma pode ser interpretada de diferentes formas, nem sempre negativas.

É de suma importância compreender, para a relevância da presente pesquisa, que as práticas de *storytelling* não serão capazes de afetar o escalonamento de alguns sentimentos e sensações. É o caso do questionamento 26 da ETE: “Tenho problemas intestinais”, sintoma físico diretamente relacionado aos níveis de estresse, mas também ao tratamento medicamentoso.

No que se refere aos tratamentos disponíveis para o câncer, a quimioterapia é uma das terapias mais utilizadas e possui duas classificações: curativa e paliativa, que possuem objetivos distintos de acordo com a extensão do tumor ⁵⁹. Entretanto, apesar de efetiva, pode gerar diversas manifestações clínicas que, segundo Sawada et al. ⁶⁰, podem acarretar na abstenção e interrupção do paciente ao tratamento, o que reduz os possíveis resultados positivos e a qualidade de vida no que tange à saúde. Uma das manifestações clínicas adversas mais comuns da quimioterapia é a mudança dos hábitos intestinais dos pacientes, especialmente durante a aplicação e no dia seguinte ao recebimento da medicação.

Nesse contexto, está para além das capacidades dessa prática integrativa a redução da problemática, contudo, 2 dos 20 pacientes apresentaram uma variação negativa entre suas respostas. Tal fato reitera o antes mencionado, também para uma manifestação física: o resultado não se deve necessariamente a uma mudança no sintoma, mas sim a uma mudança na percepção deste e na importância dada a ele pelo paciente.

Por último, no que se refere à ETE, o trecho da obra de Lya Luft *“Somos demasiado frívolos: buscamos o atordoamento das mil distrações, corremos de um lado a outro achando que somos grandes cumpridores de tarefas. Quando o primeiro dever seria de vez em quando parar e analisar: quem a gente é, o que fazemos com a nossa vida, o tempo, os amores”*, gerou importantes reflexões nos pacientes relacionadas ao questionamento 30.

Ao serem perguntados “Tenho dificuldade em organizar o meu tempo”, na primeira oportunidade, a grande maioria dos participantes respondeu de forma convicta, contudo, na segunda coleta, muitos refletiram e avaliaram melhor suas respostas. Diversos relataram que o trecho, ao mencionar a busca por distrações e a necessidade de estar ocupado, fez com que percebessem que talvez não tivessem tantos compromissos, porém, não se permitiam abrir mão de alguns para melhor organização de seu tempo e priorização de objetivos.

Sendo assim, é possível concluir que não somente a interação desenvolvida pela prática integrativa de *storytelling*, mas também o conteúdo de extrema significância dos textos escolhidos, gerou inúmeras reflexões e alterações de percepções nos indivíduos submetidos à pesquisa. É de extrema relevância considerar que nem sempre os efeitos serão positivos, muitas vezes serão nulos e não atingirão o indivíduo no momento e, em raras exceções, poderão ser considerados negativos, ao despertar no paciente sentimentos aos quais não estava pronto para enfrentar naquele momento.

Contudo, frente aos números obtidos e aos relatos disponibilizados, conclui-se que a contação de histórias é uma prática de extrema valia na redução do nível de estresse dos pacientes enquanto em tratamento hospitalar. Além de propiciar momentos de distração e reflexão, possibilita uma reavaliação das perspectivas gerais de vida do indivíduo, podendo, quem sabe, influenciar no seu modo de visualizar as dificuldades e o mundo a partir de então.

7.2. ANÁLISE DOS IMPACTOS DO STORYTELLING NAS RESPOSTAS DA ETC-R

As situações vivenciadas no dia-a-dia dos indivíduos em sociedade podem, muitas vezes, gerar situações de estresse ou fatores estressores para o organismo. Assim como todos os sentimentos, o estresse pode ser administrado de distintas maneiras e com variadas estratégias, de acordo com a realidade e as crenças.

Nesse contexto surgiu o termo coping, que representa a capacidade de enfrentamento e adaptabilidade frente a situações. Para Antoniazzi ⁵², é possível definir o termo como um conjunto de estratégias utilizadas pelos indivíduos com o intuito de gerar adaptação a situações adversas ou estressoras.

As estratégias de coping podem ser agrupadas de acordo com sua focalização: no problema ou nas emoções, contudo, os limites entre as focalizações são sutis, podendo o indivíduo fazer uso de ambas em certos momentos ⁵⁵.

Desse modo, diversas opções de atitudes frente aos agentes estressores são possíveis, variando de acordo com a situação e com a capacidade que o indivíduo possui no momento para tomar suas decisões. Para avaliar tais manifestações, utilizou-se no presente estudo a ETC-R, que gerou valores já apresentados nos resultados.

Segundo Chamon, cada escore da ETC-R é calculado isoladamente e, ao final, um conjunto de valores é representado em um espaço quadridimensional. As estratégias de enfrentamento não são homogêneas, o controle e o apoio social são estratégias positivas e o isolamento e a recusa são negativas, podendo o indivíduo utilizar ambas concomitantemente.

Ao analisar matematicamente os resultados obtidos e os gráficos desenvolvidos, é de suma importância compreender que quando das estratégias positivas, alterações de valor maior que zero corroboram com a hipótese de benefícios gerados pelo *storytelling*, pois ocorreu um incremento da utilização de estratégias positivas em decorrência da prática desenvolvida. Já no caso das estratégias negativas, as oscilações negativas de respostas são um fator positivo, pois evidenciam que houve redução do uso de estratégias negativas após a prática de contação de histórias, podendo essa ter gerado tal resultado.

No que se refere às estratégias positivas, o gráfico 07 elucida as alterações sofridas nas respostas dos pacientes ao questionário para as estratégias de controle e apoio social. Diferentemente do que ocorreu para a ETE, as variações não apresentaram constância nas respostas para a ETC-R, tal fato se deve a uma maior amplitude de interpretação para os questionamentos.

De modo geral, as respostas para os questionamentos da escala de estresse são mais simples, podendo ser respondidas com “sim”, “não” ou “às vezes”, já para os questionamentos da ETC-R, as respostas são variáveis em complexidade e conteúdo. Por exemplo, no questionamento 15 “Aceito a ideia de que é necessário que eu

resolva o problema”, diversos pacientes relataram que, na maior parte do tempo, sabem que é necessário resolver os problemas e encarar as situações, mas que, mesmo tendo consciência do fato, dependendo de como se sentem no momento não são capazes de aceitar tal necessidade.

Contudo, apesar da maior variabilidade e menor homogeneidade das alterações para os questionamentos, calculando-se a média de todas as variações para a ETC-R, obteve-se o valor 0,85. Esse valor é positivo, o que indica, para as estratégias consideradas positivas, algo benéfico pois, após as práticas de *storytelling*, a média de estratégias positivas utilizadas aumentou 0,85.

Na estratégia de controle o indivíduo tem a necessidade de refletir e de planificar quais as melhores estratégias para aquela situação, visando uma resolução com eficácia. Nesse contexto, o indivíduo procura dominar a situação e evitar decisões precipitadas, seja através do planejamento, do disfarce de suas emoções ou do controle do medo ⁷¹.

Alguns trechos das obras lidas durante as práticas integrativas fazem menção a situações em que essas estratégias são necessárias, gerando reflexões. O trecho da obra de Lya Luft *“Apalpar, no nevoeiro de quem somos, algo que pareça uma essência: isso, mais ou menos, sou eu. Isso é o que eu queria ser, acredito ser, quero me tornar ou já fui”*, reflete a necessidade que o indivíduo possui de assumir controle da situação, tomando consciência das melhores ferramentas a serem utilizadas. Durante as interações, diversos pacientes mencionaram tal trecho ao afirmar já não serem mais as mesmas pessoas que eram antes de seus diagnósticos e início do tratamento, contudo, ao utilizar a estratégia de controle puderam perceber que ter mudado sua forma de ser não assumiu um tom pesaroso, mas sim os fez ter consciência das adaptações necessárias e que, tudo aquilo de novo que se é, passa a ser parte integrante de si.

Outros dois trechos que suscitaram reflexões e podem ser relacionados com a estratégia de controle foram *“força sua lembrança mais bonita sobre o dia em que, de fato, você abraçou o perdão e o trouxe para casa”* e *“porque tudo que foi afetivo e te afetou é parte integrante de você. do seu corpo. do seu cérebro e seus milhares de neurônios”*, ambos da obra *“Uma memória sobre a cômoda”*. O primeiro, em mais de uma situação, fez com que os pacientes se emocionassem e um dos principais relatos foi que, de fato, se culpavam por alguma situação que poderia estar relacionada a sua doença, como a demora para realizar uma consulta médica ou algum hábito de vida

não saudável que possuíam, e em certo momento da história, de fato, haviam encontrado o perdão.

Outra estratégia considerada positiva por Chamon é o apoio social, sendo que, para as pessoas que o utilizam, é importante solicitar conselhos e orientações de outrem, havendo a necessidade de serem ouvidas e orientadas em suas tomadas de decisões ⁷¹. Essa necessidade dos outros em nível emocional e informacional se mostra positiva no ponto de vista do enfrentamento ao estresse pois, caso contrário, o indivíduo usaria o isolamento social como fuga para a realidade vivenciada.

Essa estratégia esteve simbolizada em diversos trechos das obras utilizadas, contudo, em dois específicos gerou comoção e reflexão para diversos pacientes: *“Para viver de verdade, pensando e repensando a existência, para que ela valha a pena, é preciso ser amado; e amar; e amar-se”* e *“você se lembra daquele dia em que provou do sabor da palavra amizade, o que ela verdadeiramente significou pra você? porque você encontrou sua mãe chorando no quarto e o abraço de vocês salvou gerações futuras de crescerem desamparadas disso que chamam família. vocês se reencontraram e encontraram um significado pra tudo isso”* de Lya Luft e Igor Lopes, respectivamente. No que se refere ao segundo trecho, 4 dos 20 participantes estavam acompanhados de suas mães, e a leitura do trecho nessas situações fez com que houvesse troca de olhares e demonstrações de compreensão. Nesses 4 casos, após a leitura, o trecho foi comentado como de extrema valia para lembrar que estavam acompanhados e amparados pelas suas famílias, mesmo em situações tão complexas.

Esses trechos geraram maiores impactos nas respostas aos questionamentos relacionados à família e amigos, tais como os questionamentos 7 e 13 da ETC-R. Ao responder na segunda oportunidade, após a prática, é possível perceber as alterações das respostas como demonstrado no gráfico 07.

Para além das duas estratégias consideradas positivas, existem outras duas consideradas negativas, porém, como já mencionado, ambas podem acontecer de forma concomitante e complementar, havendo distintas interpretações para os questionamentos. Essas estratégias podem ser divididas em conversão e recusa.

Na conversão, as pessoas que utilizam esta estratégia caracterizam-se pela mudança de comportamento e pela adaptação da sua ação ao problema, havendo necessidade de um certo isolamento em relação aos outros, responsabilizando-se por gerir os seus problemas sem suporte coletivo ⁷¹.

Essa estratégia apresenta três questionamentos: “evito encontrar-me com pessoas”, “mudo a minha forma de viver” e “afasto-me dos outros”. As alterações percebidas no gráfico 07 para esses questionamentos podem ser diretamente relacionados com alguns dos trechos das obras escolhidas pela pesquisadora.

Dois diferentes trechos da obra de Lya Luft foram de importante significância para os indivíduos que utilizam essa estratégia de enfrentamento: *“Algumas vezes é preciso pegar o touro pelos chifres, mergulhar para depois ver o que acontece: porque a vida não tem de ser sorvida como uma taça que se esvazia, mas como o jarro que se renova a cada gole bebido”* e *“Mas pensar não é apenas a ameaça de enfrentar a alma no espelho: é sair para as varandas de si mesmo e olhar em torno, e quem sabe finalmente respirar. Compreender: somos inquilinos de algo bem maior do que o nosso pequeno segredo individual. É o poderoso ciclo da existência. Nele todos os desastres e toda a beleza têm significado como fases de um processo.”* Após a interação, esses pacientes mencionaram diversas vezes a frase “somos inquilinos de algo bem maior que o nosso pequeno segredo individual” justificando que tentavam, diversas vezes se isolar, por acreditarem que a situação complexa que viviam deveriam ser problema único e exclusivo deles, e não deveriam afetar a forma de viver das pessoas ao seu redor. Após a leitura e interpretação do trecho, conseguiram perceber que o isolamento era uma estratégia de fuga utilizada por eles que, ao invés de ajudar, acabava por afastar pessoas que desejavam prestar suporte como podiam.

Na estratégia de recusa o indivíduo cria uma distância cognitiva e emocional frente ao problema, e à forma que irá resolvê-lo, por vezes chega a agir como se o problema não existisse, evitando admitir a realidade. Conjuntamente com a recusa de vivenciar a situação, o indivíduo tende a negar o problema, engajando-se em outras atividades com o intuito de distração ⁷¹.

A principal referência a esta estratégia presente nas obras contadas está em Pensar é transgredir, onde se lê: *“Somos demasiado frívolos: buscamos o atordoamento das mil distrações, corremos de um lado a outro achando que somos grandes cumpridores de tarefas”*. É possível relacionar o recorte textual aos questionamentos 3, 12 e 17 da ETC-R, nos quais o indivíduo busca desviar o foco do problema e da situação, procurando diferentes distrações na realidade vivida.

Desse modo, ponderando todos os resultados encontrados para as alterações nas respostas a ETC-R, apesar de exigir uma interpretação detalhada e por vezes abordar pautas mais subjetivas do que na avaliação da ETE, é visível,

numericamente, através das tabelas e gráficos desenvolvidos, que a prática integrativa de *storytelling* gerou impactos na percepção dos pacientes. Os valores obtidos não seguiram padrões, oscilando entre positivos e negativos, contudo, ao final, para ambos os casos houve alteração favorável, propiciando um melhor enfrentamento da realidade para os participantes.

7.3. STORYTELLING COMO PRÁTICA INTEGRATIVA

O *storytelling* foi tratado, ao longo de toda a pesquisa, como prática integrativa no ambiente de saúde, sendo esse um dos principais objetivos desse estudo: evidenciar, de maneira quantitativa, os inúmeros e imensos resultados obtidos ao longo dos anos com as práticas de contação de histórias em ambientes de saúde.

Atualmente, a prática integrativa de contação de histórias ainda não está inserida nas Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) pelo SUS. Sendo elas: Medicina Tradicional Chinesa/Acupuntura, Medicina Antroposófica, Homeopatia, Plantas Medicinais e Fitoterapia, Termalismo Social/Crenoterapia, Arteterapia, Ayurveda, Biodança, Dança Circular, Meditação, Musicoterapia, Naturopatia, Osteopatia, Quiropraxia, Reflexoterapia, Reiki, Shantala, Terapia Comunitária Integrativa, Yoga, Apiterapia, Aromaterapia, Bioenergética, Constelação familiar, Cromoterapia, Geoterapia, Hipnoterapia, Imposição de mãos, Ozonioterapia e Terapia de Florais ⁷².

Entretanto, o presente estudo demonstra, de forma quantitativa e qualitativa, a capacidade dessa prática de gerar importantes resultados no contexto de saúde e doença dos pacientes em tratamento. É de suma importância ressaltar a necessidade de capacitação dos profissionais para a realização dessas interações e, para além disso, a necessidade de formação e conhecimento para a escolha das obras a serem utilizadas.

De acordo com o ambiente em que está inserido e com a comorbidade a qual está acometido, pontos específicos devem ser visados ou evitados no momento da escolha das obras literárias a serem desenvolvidas. Assim como a idade do público-alvo influi diretamente na dinâmica a ser elaborada para a captação da atenção, o que comprova que não é apenas uma "leitura literária" que é realizada. Trata-se de uma metodologia específica de humanização em Saúde por meio da Literatura na prática de contar histórias desenvolvida por profissionais ou futuros profissionais da Saúde. Além disso, os textos literários são de disponibilidade

razoável, o que torna a prática de humanização pela literatura eficiente e de baixo custo terapêutico.

Desse modo, propõe-se a necessidade da inserção do *storytelling* como prática integrativa preconizada pelo Sistema Único de Saúde brasileiro, padronizando-a e desenvolvendo ferramentas para capacitação dos profissionais de saúde. Tal incremento na formação de médicos, enfermeiros, técnicos, terapeutas e todos os integrantes das equipes multidisciplinares, tornará, sem dúvidas, o cuidado mais humanizado.

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo atingiu todos os objetivos inicialmente estipulados. Foi possível iniciar as práticas de contação de histórias em um novo ambiente: o Hospital Santa Rita, local no qual o Programa Contação de Histórias da UFCSPA permanecerá presente e atuante, apesar da conclusão do estudo.

A prática aqui defendida se mostra de extrema valia na busca pelo cuidado humanizado. A partir do momento que esse se concretiza através da escuta ativa, do respeito, da compreensão e do aconselhamento em linguagem adequada, o *storytelling* se mostra como instrumento simples e econômico para tal.

Para além da divulgação da contação de histórias como prática integrativa de extrema significância nos ambientes de cuidado, o presente trabalho visa a servir como base para a elaboração de projetos futuros que visem à padronização dessa prática, possibilitando assim a conquista de diferentes ambientes de cuidado, em diferentes cidades e países, pois acredita-se que, com a qualificação adequada dos profissionais, a prática possa vir a fazer parte das práticas preconizadas pelo SUS.

Esta pesquisa utilizou escalas quantitativas, contudo, em momento algum perdeu seu caráter qualitativo, fomentando o cuidado humanizado e individualizado, com olhar atento e empático para com todos os pacientes. Para além dos resultados aqui obtidos, o estudo tem como intuito inserir a temática da contação de histórias em novos ambientes científicos, possibilitando assim o desenvolvimento de outras pesquisas que avaliem as mesmas práticas, porém contando com medidores fisiológicos e biológicos, ferramentas já disponíveis no ambiente científico, contudo de custos não palpáveis no presente momento.

Assim como as histórias contadas, esse estudo há de conquistar um próximo capítulo.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. UFCSPA - UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE. **Contação de Histórias na Promoção da Saúde**. Disponível em: <https://ufcspa.edu.br/vida-academica/extensao/programas-e-projetos/184-vida-academica/extensao/programas-e-projetos/386-contacao-de-historias-na-promocao-da-saude>. e.
2. AMARAL, L. F. P.; CALEGARI, T. **Humanização da Assistência de enfermagem à Família na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica**. Cogitare Enfermagem. Curitiba, 21(3):01-09. 2019.
3. Brasil. **Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Secretaria de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, (4). 2008.
4. GOMES, E. de o.; SANTOS, R. I. dos; BARBOSA, E. da S. **A Arte de Contar Histórias: uma estratégia para humanização na saúde**. Revista Interfaces da Saúde, [S. l.], ano 1, n. 1, p. 30-38, 1 jun. 2014.
5. LIMA, T. J. V.; ARCIERI, R. M.; GARBIN, C. A. S.. MOIMAZ, S. A. A. **Humanização na atenção à saúde do idoso**. Saúde Soc., São Paulo, 19(4):866-877. 2010.
6. MICHELAN, V. C. A.; SPIRI, W. C. **Perception of nursing workers humanization under intensive therapy**. Rev. Bras. Enferm., Brasília, 71(2):372-8. 2018.
7. CORBANI, S. C.; SCHWARTZ, E., BRETAS, A. C. P.; MATHEUS, M. C. C. (2009). **Humanização no Cuidado de Enfermagem: O que é isso?** Revista Brasileira de Enfermagem. Brasília, 62(3):349-354.
8. ABREU, G. R. F., **A terapia do (bom) humor nos processos de cuidado em saúde**. Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, 2011.
9. COSTA, R.; PADILHA, M.I.; AMANTE, L.N.; COSTA, E.; BOCK, L.F. **O legado de Florence Nightingale: uma viagem no tempo**. Texto contexto – enferm. [Internet]. 2009 Dec [cited 2020 Jul 08]; 18(4): 661-669.
10. MEDEIROS, A. B. A.; ENDERS, B. C.; LIRA, A. L. B. C. **Teoria Ambientalista de Florence Nightingale: Uma Análise Crítica**. Esc Anna Nery. 19(3):518-524, 2015.
11. ROCHA, L. P.; CEZAR-VAZ, M. R.; ALMEIDA, M. C. V.; BORGES, A. M.; SILVA, M. S.; SENA-CASTANHEIRA, J. **Workloads and occupational accidents in a rural environment**. Texto & Contexto Enferm., Florianópolis, 2015, 24(2):325-35.

12. ARAUJO, P. M. C. G.; BOHOMOL, E.; TEIXEIRA, T. A. B.. **Gestão da Enfermagem em Hospital Geral Público Acreditado no Enfrentamento da Pandemia por COVID-19.** Enfermagem em Foco, 11, 2020.
13. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **SUS - Sistema Único de Saúde: Conheça o SUS.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>.
14. CARREIRA, L. C. **O storytelling na comunicação em saúde: uma história mal contada?** Revista Comunicado, [S. l.], v. 10, n. 2, 29 dez. 2021. Dossiê temático, p. 1-22.
15. CHIORO, A. SCAFF, A. **A implantação do sistema único de saúde.** Escola de Saúde. Paraná, Brasil.
16. RICOEUR, P. **Tempo e narrativa.** São Paulo: WMF Martins Fontes; 2010.
17. VÁZQUEZ, A. S. **Ética.** 14. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1993.
18. AYRES, J. R. C. M. **O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde.** Saude Soc. 2004; 13(3):16-29.
19. ALMEIDA, C. V. de; BELIM, C. **Os contributos da alfabetização em saúde para o sistema, os profissionais de saúde e os pacientes: O círculo virtuoso da comunicação na saúde.** HealthBiol Sci. 2021; 9:1-8.
20. COQUEIRO, N. F.; VIEIRA, F. R. R.; FREITAS, M. M. C. Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 859-862, 2010.
21. TRALDE, F. K. A. **Estresse o vilão da eficácia do tratamento oncológico.** Brazilian Journal of Development, [S. l.], v. 7, n. 5, p. 53902-53921, 31 maio 2021.
22. CASTRO, A. **Storytelling para resultados: como usar histórias no ambiente empresarial.** 1. ed. Rio de Janeiro: QUALITYMARK, 2013.
23. CHIANG, M.; SALAZAR, M.; HUERTA, P.; NÚÑES, A. **Clima organizacional y satisfacción laboral en organizaciones del sector estatal (Instituciones Públicas).** Desarrollo, adaptación y validación de instrumentos. Revista Universum de Universidad de Talca, 3(23). 2008.
24. GUTIÉRREZ-RUBÍ, A. **Millennials em latinoamérica: una perspectiva desde Ecuador.** Barcelona, Espanha: Editorial Ariel, S.A., 2016.
25. COELHO, B. **Contar Histórias: Uma Arte Sem Idade.** [S. l.]: Ática, 2006. 78 p. ISBN 9788508013999.

26. OROFINO, M.; SILVA, M. **Narrativas em saúde: quinze minutos de literatura na produção do cuidado em equipe multiprofissional**. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2020. 24. 10.1590/interface.190775.
27. ALMEIDA, C. V. de. **Storytelling: pela voz e criatividade dos profissionais das áreas da saúde**. ISPA - Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Lisboa, Portugal. 2021.
28. CALDIN, C. F. **Biblioterapia para crianças internadas no hospital Universitário da UFSC: uma experiência**. Encontros de Bibliotecários. Revista de Biblioteconomia e Ciência da Informação, Florianópolis, n. 14, out. 2002.
29. RUBIN, R. J. **"Uses of bibliotherapy in response to the 1970s"**. Library Trends. 1979. ISSN 0024-2594.
30. SANTOS, L. S. dos. **STORYTELLING: O poder da narrativa estratégica dentro do branding e marketing**. Orientador: Prof. Ma. Thaís Carnieletto Müller. 2016. 24 p. Trabalho de conclusão de curso (Pós-graduação) - Centro Universitário UNIVATES, Lajeado, 2016.
31. MANFERRARI, M. **Histórias são naus que cruzam fronteiras**. Pro-Posições, Campinas, v. 22, n. 2, p. 51-62, 2011.
32. HERMAN, J. P.; FIGUEIREDO, H.; MUELLER, N.K.; ULRICH-LAI, Y.; OSTRANDER, M.M.; CHOI, D.C.; CULLINAN, W.E. **Central mechanisms of stress integration: hierarchical circuitry controlling hypothalamo-pituitary-adrenocortical responsiveness**. Front Neuroendocrinol. 2003. doi: 10.1016/j.yfrne.2003.07.001.
33. RYAN-WENGER, N. M. **A taxonomy of children's coping strategies: A step toward theory development**. American Journal of Orthopsychiatry. p. 256-263, 1992.
34. MCSILL, J. **5 Lições de storytelling: fatos, ficção e fantasia**. Editora DVS, 2ª ed., 2013.
35. BRAGA, M. C. P., CASELLA, M. A., CAMPOS, M. L. N., PAIVA, S. P. **Qualidade de vida medida pelo Whoqol-Bref: Estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG**. Rev. APS. p. 93-100, 2011
36. PENSON, R. T. **Laughter: The Best Medicine?** The Oncol. v.10, p.651-660, 2005.
37. BERK, L. S., Tan, et al. **Humor associated laughter decreases cortisol and increases spontaneous lymphocyte blastogenesis**. Clin Res 36(3), 435A (1988)

Apud CAPELA, R. C., Riso e bom humor que promovem a saúde. Rev. Simbio-Logias, Botucatu, 2011.

38. AMARAL, A. **Arte para quê?: a preocupação social na arte brasileira, 1920-1970**. 3. ed. São Paulo: Studio Nobel, 2003.

39. COQUEIRO, N. F.; VIEIRA, F. R. R.; FREITAS, M. M. C. Arteterapia como dispositivo terapêutico em saúde mental. Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, v. 23, n. 6, p. 859-862, 2010.

40. SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S.; MARZIALE, M. H. P. **Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos**. Rev. Esc. Enferm. USP, 2011.

41. COGHI, P. F.; COGHI, M. F. **Stress e Ansiedade: Eles estão te consumindo?** 14º Congresso de Stress do ISMA. Porto Alegre. p 1, jun. 2013.

42. FOLKMAN, S. **Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis**. Journal of Personality and Social Psychology, 46, 839-852. 1984.

43. DARON, R.; PAROT, F. **Dicionário da psicologia**. São Paulo: África, 2001.

44. LIPP, M.E.N.; MALAGRIS, L.N. **Manejo de estresse**. In B. Rangé (Org.). Psicoterapia Comportamental e Cognitiva – Pesquisa, Prática, Aplicações e Problemas. Campinas: Livro Pleno, 2001. p.279-292.

45. ROCHA, T. P. d. O. **ANATOMOFISIOLOGIA DO ESTRESSE E O PROCESSO DE ADOECIMENTO**. Revista Científica da FMC - Vol. 13, Nº 2, Dezembro de 2018. DOI 10.29184/1980-7813.rcfmc.198.vol.13.n2.2018

46. SANTOS, A. M.; CASTRO, J. J. **Stress**. Análise Psicológica, v. 4, n. XVI, p. 675-690, 1998.

47. SILVA, J. J. **Estresse: o impulso da vida**. São Caetano do Sul (SP): Yendis Editora, 2005. ISBN 8598859176.

48. OLIVEIRA, R. M. J. de. **Efeitos da prática do Reiki sobre aspectos psicofisiológicos e de qualidade de vida de idosos com sintomas de estresse: estudo placebo e randomizado**. 165 f. Tese (Doutorado em Ciências) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.

49. LIPP, M. E. N. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de lipp (ISSL)**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

50. GUYTON, A. C.; HALL, J. E. **Tratado de fisiologia médica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. ISBN 978-85-352-3735- 1.

51. JÚNIOR, J. A. P. L. **Estresse, estratégias de enfrentamento e qualidade de vida no ambiente de trabalho: um estudo em um instituto de pesquisas.** Dissertação (Mestrado em Gestão e Desenvolvimento Regional). Universidade de Taubaté, Taubaté, SP. 2009.
52. ANTONIAZZI, A. S., DELL'AGLIO, D. D., BANDEIRA, D. R.. **O conceito de coping: uma revisão teórica.** Estudos de Psicologia (Natal), 3 (2), 273-294. 1998.
53. SELYE, Hans. **Stress: a tensão da vida.** 2.ed. São Paulo: Ibrasa, 1965.
54. FOLKMAN, S. **Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis.** Journal of Personality and Social Psychology, 46, 839-852. 1984.
55. PIZZATO, M. I. G. **Estratégias de Coping.** In: CHAMON, E. M. Q. O. (org.). Gestão de Organizações Públicas e Privadas: uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: Brasport, 2007, p. 141-152.
56. **Instituto Nacional do Câncer.** Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acessoainformacao/site/home/>.
57. BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de práticas integrativas e complementares no SUS : atitude de ampliação de acesso.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
58. LEITE, F. M. C, E. **Diagnósticos de Enfermagem Relacionados aos Efeitos Adversos da Radioterapia.** REME, 2013
59. MOURA, J. W. S. **Enfermagem e quimioterapia: um estudo no Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP.** Caderno de Graduação Ciências Biológicas e da Saúde, Recife, 2014.
60. SAWADA, N. O. **Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos a quimioterapia.** Rer. esc. enferm. USP, São Paulo, 2009.
61. ZOLLER, H. M., & KLINE, K. N. **“Theoretical contributions of interpretive and critical research in health communication”.** In C. Beck (Ed.), Communication Yearbook (Vol. 32, pp. 89-136), 2008,
62. SCHIAVO, R. **Health Communication: From Theory to Practice.** 2. ed. [S. I.]: Jossey-Bass, 2013. 656 p. ISBN 978-1-118-12219-8.
63. REIS, C. **Dicionário de Estudos Narrativos.** 1. ed. [S. I.]: Almedina, 2018. 232 p. ISBN 978-9724076218.

64. HINYARD, L. J.; KREUTER, M. W. **"Using Narrative Communication as a Tool for Health Behavior Change: A Conceptual, Theoretical, and Empirical Overview"**. Health Education & Behavior, 34(5), 777–792. 2007.
65. RANCIÈRE, J. **A partilha do sensível: estética e política**. Costa Netto M, tradutor. São Paulo: Editora 34; 2009.
66. JOSEPH, S. **Positive psychology in practice: Promoting human flourishing in work, health, education, and everyday life** (2nd ed.). Hoboken, NJ: Wiley. 2015.
67. MATOS, G. A. **Storytelling: líderes narradores de histórias**. 1. ed. Rio de Janeiro: QUALITYMARK, 2010.
68. ROCHA, T. P. de O.; MATOS, M. S.; CORREA, F. B.; SILVA, C. O.; BURLA, R. da S. **ANATOMOFISIOLOGIA DO ESTRESSE E O PROCESSO DE ADOECIMENTO**. Revista Científica da FMC - Vol. 13, No 2, Dezembro de 2018. DOI 10.29184/1980-7813.rcfmc.198.vol.13.n2.2018
69. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE. **Sobre a Santa Casa**. Disponível em: <https://www.santacasa.org.br/pagina/sobre-a-santa-casa>.
70. SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PORTO ALEGRE. **Hospital Santa Rita**. Disponível em: <https://www.santacasa.org.br/hospitais/hospital-santa-rita>.
71. CHAMON, E. M. Q. d. O. **Estresse e estratégias de enfrentamento: o uso da escala Toulousaine no Brasil**. rPOT, vol. 6, n. 2, 2006, p.43-64
72. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/pics>.

10. APÊNDICES

10.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

“Storytelling como prática integrativa para a redução dos níveis de estresse em pacientes oncológicos”

10 de abril de 2023

Somos pesquisadoras da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) e você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa que tem como objetivo avaliar as influências das práticas de contação de histórias nos níveis de estresse em pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. A pesquisadora será a responsável por desenvolver as contações de histórias com os participantes, de forma presencial e durante os tratamentos desenvolvidos.

Para participar, basta assinar este termo consentindo com a sua participação e permitindo que os dados aqui coletados sejam utilizados para gerar resultados e futuros materiais acadêmicos. Para este estudo, serão realizados quatro (4) questionários com você, dois (2) antes e dois (2) após as práticas de contação de histórias.

As práticas e os questionamentos irão ocorrer na Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, no Hospital Santa Rita, na área de tratamento quimioterápico, em horários que não atrapalhem a rotina de consultas e exames no hospital. Os riscos em participar da pesquisa são mínimos e estão relacionados a algum desconforto em relação a histórias ou em responder aos questionamentos, além do tempo destinado para participação que você poderia utilizar em outra atividade. A pesquisadora se responsabiliza em minimizar tais riscos através da escolha com embasamento científico das histórias a serem contadas e, no momento da prática, análise criteriosa da situação na qual o participante se encontra emocionalmente. Essa pesquisa poderá trazer inúmeros benefícios para a área da saúde, não somente para os pacientes oncológicos, mas também para todos os demais pacientes que desenvolvem tratamentos desencadeadores de situações de estresse e profissionais, contribuindo assim para um melhor atendimento como um todo.

Ao final da pesquisa, os dados serão analisados e será escrito um trabalho sobre os níveis de estresse e as estratégias de enfrentamento mais utilizadas, ressaltando a relevância da prática integrativa da contação de histórias como redutor dos índices de estresse. É nosso dever e compromisso mostrar o resultado dessa pesquisa a você.

Os instrumentos que irão avaliar os parâmetros pesquisados são a Escala de Toulousaine de Estresse - ETE e a Escala Toulousaine de Coping - ETC. Suas respostas serão tratadas de forma anônima, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo. Quando for necessário exemplificar determinada situação, sua privacidade será assegurada uma vez que seu nome será substituído por números ordinais. Os dados coletados na pesquisa e os resultados serão usados somente para este estudo e divulgados em eventos e/ou revistas científicas.

Você não terá nenhum custo ou quaisquer compensações financeiras ao participar do estudo. Se durante a pesquisa, você demonstrar situações de desconforto emocional, como sentimentos de tristeza ou elevação dos níveis de estresse, será orientado(a) a conversar com a psicóloga do serviço. A pesquisadora responsável garante o atendimento de todas as diretrizes e normas da Resolução CNS/MS nº 466/2012 (normas e diretrizes regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos).

A participação do indivíduo é voluntária e a decisão de não participação em nada afetará o seu atendimento nas dependências da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Caso o estudo necessite ser interrompido antes de seu término, não haverá riscos ou malefícios aos participantes, visto que as práticas desenvolvidas no mesmo são de interação interpessoal e não medicamentosas.

Você receberá duas cópias deste termo que deverão ser assinadas. Uma cópia ficará com você e a outra com a pesquisadora. Em qualquer momento do andamento do projeto, os indivíduos terão o direito a esclarecimentos em relação ao projeto e poderão se desligar da pesquisa, sem prejuízos nos demais atendimentos que estejam recebendo junto à Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre.

As pesquisadoras responsáveis disponibilizam abaixo seus contatos totalmente à disposição dos participantes 24h por dia durante os 7 dias da semana, em caso de questionamentos ou urgências relacionadas ao objeto de pesquisa. Para questões sobre a pesquisa e sobre os direitos dos pacientes envolvidos ou sobre problemas decorrentes da pesquisa, o contato deve ser feito diretamente com o Comitê de Ética e Pesquisa da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (CEP ISCMPA), também inseridos abaixo.

Agradecemos sua participação e colaboração!

Eu, _____, li e entendi as informações deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, obtive todas as informações necessárias e esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas e, por estar de acordo, rubrico em todas as páginas e assino o presente documento em duas vias de igual teor (conteúdo) e forma, ficando uma delas em minha posse.

Porto Alegre, ____ de _____ de 202__

Nome do participante (em letra de forma)

Assinatura do participante

Data

Comitê de Ética em Pesquisa da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (CEP ISCMPA)

Telefone: (51) 32148571

Endereço: Av. Osvaldo Aranha, nº 80, sala 17 - Centro Administrativo da Santa Casa, 2º andar. Bairro Centro Histórico, Porto Alegre – RS

Pesquisadora: Acadêmica de Enfermagem Vitoria Rabelo D'Avila

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Bacharelado em Enfermagem

E-mail: vitoriaa@ufcspa.edu.br

Telefone: (51) 997008055

Assinatura da pesquisadora

Pesquisadora Responsável: Prof. Dra. Luciana Boose Pinheiro

Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

E-mail: lucianabp@ufcspa.edu.br

Telefone: (51) 999555591

Assinatura da pesquisadora responsável

10.2. Escala Toulousaine de Estresse – ETE

ESCALA TOULOUSAINE DE ESTRESSE (ETE)

	QUASE NUNCA				QUASE SEMPRE
1. Estou preocupado, atormentado ou chateado	1	2	3	4	5
2. Minha garganta está apertada ou minha boca está seca	1	2	3	4	5
3. Me sinto ameaçado	1	2	3	4	5
4. Eu tenho um rosto tenso ou maxilares cerrados	1	2	3	4	5
5. Eu estou tenso	1	2	3	4	5
6. Me sinto pressionado pelo tempo	1	2	3	4	5
7. Eu me sinto desanimado ou deprimido	1	2	3	4	5
8. Estou com um nó no estômago	1	2	3	4	5
9. Eu repasso as mesmas ideias, eu rumino	1	2	3	4	5
10. Eu mordo minhas unhas ou mordo meus lábios	1	2	3	4	5
11. Estou cansado	1	2	3	4	5
12. Estou preocupado se tiver que planejar meu futuro	1	2	3	4	5
13. Eu me sinto sozinho, isolado	1	2	3	4	5
14. Estou chorando	1	2	3	4	5
15. Não vejo as dificuldades que se acumulam	1	2	3	4	5
16. Meu coração está batendo rápido	1	2	3	4	5
17. Eu fico agitado	1	2	3	4	5
18. Estou preocupado com o que vai acontecer no dia seguinte	1	2	3	4	5
19. Tenho a impressão de que tudo exige de mim um esforço considerável	1	2	3	4	5
20. Eu tenho ondas de calor ou estou suando	1	2	3	4	5
21. Eu sinto que estou perdendo o controle	1	2	3	4	5
22. tenho dificuldade em respirar	1	2	3	4	5
23. Tenho dificuldade em adormecer ou durmo mal	1	2	3	4	5
24. Esqueço compromissos, objetos ou coisas para fazer	1	2	3	4	5
25. Me sinto incompreendido	1	2	3	4	5
26. Tenho problemas intestinais	1	2	3	4	5
27. Diante da situação, me sinto impotente	1	2	3	4	5
28. Eu estou tremendo	1	2	3	4	5
29. Me sinto esgotado, sem energia	1	2	3	4	5
30. Tenho dificuldade em organizar o meu tempo	1	2	3	4	5

10.3. Escala Toulousaine de Coping Reduzida – ETC-R

ESCALA TOULOUSAINE DE COPING REDUZIDA (ETC-R)

	QUASE NUNCA				QUASE SEMPRE
1. Enfrento a situação	1	2	3	4	5
2. Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer	1	2	3	4	5
3. Tento não pensar no problema	1	2	3	4	5
4. Evito encontrar-me com pessoas	1	2	3	4	5
5. Mudo a minha forma de viver	1	2	3	4	5
6. Analiso a situação para melhor a compreender	1	2	3	4	5
7. Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto	1	2	3	4	5
8. Procuro atividades coletivas	1	2	3	4	5
9. Sei o que tenho que fazer e redobro meus esforços para o alcançar	1	2	3	4	5
10. Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades	1	2	3	4	5
11. Resisto ao desejo de agir, até que a situação me permita	1	2	3	4	5
12. Reajo como se o problema não existisse	1	2	3	4	5
13. Procuro a ajuda dos amigos para acalmar a minha ansiedade	1	2	3	4	5
14. Afasto-me dos outros	1	2	3	4	5
15. Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema	1	2	3	4	5
16. Digo a mim próprio que este problema não tem importância	1	2	3	4	5
17. Centro-me noutras atividades para me distrair	1	2	3	4	5
18. Reflito nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema	1	2	3	4	5

11. ANEXOS

11.1. Ata de Aprovação do Projeto de Pesquisa



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO

UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Curso de Enfermagem

Comissão de Trabalho de Conclusão de Curso

Ata de apresentação de trabalho de conclusão de curso

☒ Projeto de Pesquisa

☐ Relatório de Pesquisa

Aos 29 dias do mês de julho do ano de 2022, reuniram-se, na sala/anfiteatro 315 do prédio 1 desta Universidade, os abaixo indicados para avaliação do trabalho de conclusão de curso do(a) estudante de enfermagem Vitória Rabelo D'Amila (nome completo).

O(A) presidente da banca, professor(a) orientador(a)/coorientador(a) Luciana Boese Pinheiro (nome completo) deu início à atividade às 14 horas e 10 minutos. O(A) estudante apresentou seu trabalho intitulado Storytelling como prática integrativa para a redução dos níveis de estresse em pacientes oncológicos (título completo do trabalho)

aos membros da banca, professor(a) Ana Boff de Godoy (nome completo) e professor(a)/enfermeiro(a) Hilda Maria Rodrigues Hilda Constant (nome completo).

Após considerações da banca, o trabalho foi considerado ☒ aprovado ☐ reprovado.

Porto Alegre, 29 de julho de 2022.

Assinaturas dos presentes:

Orientador(a)/Coorientador(a): Boese Pinheiro Boese

Estudante: Vitória Rabelo D'Amila

Membro da banca: Hilda Maria Rodrigues Hilda Constant

Membro da banca: _____

11.2. Parecer CEP ISCMPA

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PORTO ALEGRE - ISCMPA



Continuação do Parecer: 5.994.956

E no projeto detalhado no capítulo “Análise de dados”, onde se lê:

“Os riscos em participar da pesquisa são mínimos e estão relacionados a algum desconforto em relação a histórias ou em responder aos questionamentos, além do tempo destinado para participação que você poderia utilizar em outra atividade. A pesquisadora se responsabiliza em minimizar tais riscos através da escolha com embasamento científico das histórias a serem contadas e, no momento da prática, análise criteriosa da situação na qual o participante se encontra emocionalmente”.

3. ANÁLISE: pendência atendida.

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, este Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS nº 466 de 2012 e na Norma Operacional nº 001 de 2013, do CNS, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa.

Observações:

1 – Para o início da pesquisa, o investigador deverá apresentar o Parecer Consubstanciado de aprovação pelo CEP ISCMPA à chefia do serviço onde será realizada a pesquisa.

2- Solicitações de acesso aos dados de prontuários, crachá e demais pedidos devem ser encaminhados ao endereço de e-mail: pesquisa@santacasa.org.br.

3 - É dever do pesquisador responsável encaminhar a este CEP os relatórios de andamento do projeto desenvolvido na ISCMPA (pesquisas com duração superior à 6 meses) e relatórios final (ao término do estudo), além dos resultados obtidos (cópia da publicação).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2104916.pdf	10/04/2023 20:01:33		Aceito
Outros	CARTA_PENDENCIAS.pdf	10/04/2023 19:40:53	Luciana Boose Pinheiro	Aceito

Endereço: Avenida Osvaldo Aranha, nº 80, sala 17 / Centro Administrativo da Santa Casa, 2º andar.
Bairro: Cidade Baixa **CEP:** 90.035-190
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3214-8571 **Fax:** (51)3214-8571 **E-mail:** cep@santacasa.tche.br

**IRMANDADE DA SANTA CASA
DE MISERICORDIA DE PORTO
ALEGRE - ISCMPA**



Continuação do Parecer: 5.994.956

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_STORYTELLING.pdf	10/04/2023 19:37:30	Luciana Boose Pinheiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_STORYTELLING_.pdf	10/04/2023 19:31:35	Luciana Boose Pinheiro	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	23/03/2023 13:54:47	Luciana Boose Pinheiro	Aceito
Outros	FORMULARIO_DE_INSCRICAO.pdf	23/03/2023 13:53:50	Luciana Boose Pinheiro	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_ISENCAO_DE_ON US.pdf	21/03/2023 14:00:18	Luciana Boose Pinheiro	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_UTILIZACAO_DE_ DADOS.pdf	21/03/2023 13:59:53	Luciana Boose Pinheiro	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_CONFIDENCIALID ADE.pdf	21/03/2023 13:59:38	Luciana Boose Pinheiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 11 de Abril de 2023

**Assinado por:
RENATA NETO PIRES
(Coordenador(a))**

Endereço: Avenida Osvaldo Aranha, nº 80, sala 17 ½, Centro Administrativo da Santa Casa, 2º andar.
Bairro: Cidade Baixa **CEP:** 90.035-190
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3214-8571 **Fax:** (51)3214-8571 **E-mail:** cep@santacasa.tche.br

11.3. Textos completos

11.3.a. Texto completo “Uma memória sobre a cômoda”

Obra: Textos cruéis demais para serem lidos rapidamente

Autor: Igor Pires da Silva

Páginas: 207 - 210

Uma memória sobre a cômoda

eu quero que você lembre daquela vez que sentiu tanto amor que o peito parecia explodir.

eu quero que você recupere esse momento-lembrança e traga-o pra cá, pro agora.

agora o coloca sobre a mesa.

olha bem pra ele, com calma.

o que você vê?

e naquele dia que você encontrou com o perdão na esquina de casa,

que seu coração quase amoleceu

porque finalmente entendeu o porquê de algumas coisas acontecerem.

você se lembra?

recupere esse dia e guarda de novo no coração.

força sua lembrança mais bonita sobre o dia em que, de fato, você abraçou o perdão

e o trouxe para casa.

e o dia em que você encontrou o amor personificado em outra pessoa?

você se lembra de como seu coração parou por alguns milésimos de segundos e

toda a insegurança veio abaixo

pois tudo era tão intenso e maior?

suas pernas tremularam.

seu sangue correu feito água.

sua pele suava um oceano todo.

pega esse momento e traz pra cá, por favor.

se esforça pra lembrar dessas sensações porque elas são tudo que você tem e que você é.

você se lembra daquele dia em que provou do sabor da palavra amizade, o que ela verdadeiramente significou pra você?

porque você encontrou sua mãe chorando no quarto e o abraço de vocês salvou
gerações futuras de crescerem desamparadas disso que chamam família.
vocês se reencontraram e encontraram um significado pra tudo isso.

recupera essa lembrança.

coloca numa cômoda.
na parede da sala.

pendura-a num colar com você.
pra você nunca esquecer do que te formou.
pra você sempre se lembrar de ser generosa,
intempestiva na própria felicidade, livre.

aquela vez em que você ousou colocar pra fora
tudo que te feria e a partir dali a vida se tornou
mais compreensiva e o mundo menos mau
você se lembra?

resgata essa parte do caminho e a coloque de novo à sua frente.

todas as partes importantes daquilo que somos e que se perde.
todas as partes importantes daquilo que somos e por vezes descarrila no caminho.
todas as partes importantes daquilo que somos mas que por vezes é borrado por
sujeiras mundanas.

porque tudo que foi afetivo e te afetou é parte integrante de você.
do seu corpo.
do seu cérebro e seus milhares de neurônios.

que agora voltam e resgatam cada frase que permitiu leveza.
sobriedade,
paz.

você se lembra de algum dia estar tão em paz que seu corpo distribuía cargas de
energia positiva?
pega esse momento e conta sobre ele pra si mesma.

porque eu sou boa.

porque eu acredito que você seja boa.
porque virão dias ruins.

mas seu corpo são suas memórias dançando tango argentino numa pista de gelo
em pleno central park.

no meio da avenida mais quente do país.

no meio do seu peito que felizmente sobreviveu
e está aqui.

11.3.b. Texto completo “Pensar é transgredir”

Autor: Lya Luft

Obra: Pensar é transgredir

Páginas: 21 - 23

Pensar é transgredir

“Não lembro em que momento percebi que viver deveria ser uma permanente reinvenção de nós mesmos — para não morrermos soterrados na poeira da banalidade embora pareça que ainda estamos vivos.

Mas compreendi, num lampejo: então é isso, então é assim. Apesar dos medos, convém não ser demais fútil nem demais acomodada. Algumas vezes é preciso pegar o touro pelos chifres, mergulhar para depois ver o que acontece: porque a vida não tem de ser sorvida como uma taça que se esvazia, mas como o jarro que se renova a cada gole bebido.

Para reinventar-se é preciso pensar: isso aprendi muito cedo.

Apalpar, no nevoeiro de quem somos, algo que pareça uma essência: isso, mais ou menos, sou eu. Isso é o que eu queria ser, acredito ser, quero me tornar ou já fui. Muita inquietação por baixo das águas do cotidiano. Mais cômodo seria ficar com o travesseiro sobre a cabeça e adotar o lema reconfortante: "Parar pra pensar, nem pensar!"

O problema é que quando menos se espera ele chega, o sorrateiro pensamento que nos faz parar. Pode ser no meio do shopping, no trânsito, na frente da tevê ou do computador. Simplesmente escovando os dentes. Ou na hora da droga, do sexo sem afeto, do desafeto, do rancor, da lamúria, da hesitação e da resignação.

Sem ter programado, a gente pára pra pensar.

Pode ser um susto: como espiar de um berçário confortável para um corredor com mil possibilidades. Cada porta, uma escolha. Muitas vão se abrir para um nada ou para algum absurdo. Outras, para um jardim de promessas. Alguma, para a noite além da cerca. Hora de tirar os disfarces, aposentar as máscaras e reavaliar: reavaliar-se.

Pensar pede audácia, pois refletir é transgredir a ordem do superficial que nos pressiona tanto.

Somos demasiado frívolos: buscamos o atordoamento das mil distrações, corremos de um lado a outro achando que somos grandes cumpridores de tarefas. Quando o primeiro dever seria de vez em quando parar e analisar: quem a gente é, o que fazemos com a nossa vida, o tempo, os amores. E com as obrigações também, é claro, pois não temos sempre cinco anos de idade, quando a prioridade absoluta é dormir abraçado no urso de pelúcia e prosseguir, no sono, o sonho que afinal nessa idade ainda é a vida.

Mas pensar não é apenas a ameaça de enfrentar a alma no espelho: é sair para as varandas de si mesmo e olhar em torno, e quem sabe finalmente respirar.

Compreender: somos inquilinos de algo bem maior do que o nosso pequeno segredo individual. É o poderoso ciclo da existência. Nele todos os desastres e toda a beleza têm significado como fases de um processo.

Se nos escondermos num canto escuro abafando nossos questionamentos, não escutaremos o rumor do vento nas árvores do mundo. Nem compreenderemos que o prato das inevitáveis perdas pode pesar menos do que o dos possíveis ganhos.

Os ganhos ou os danos dependem da perspectiva e possibilidades de quem vai tecendo a sua história. O mundo em si não tem sentido sem o nosso olhar que lhe atribui identidade, sem o nosso pensamento que lhe confere alguma ordem.

Viver, como talvez morrer, é recriar-se: a vida não está aí apenas para ser suportada nem vivida, mas elaborada. Eventualmente reprogramada. Conscientemente executada. Muitas vezes, ousada.

Parece fácil: "escrever a respeito das coisas é fácil", já me disseram. Eu sei. Mas não é preciso realizar nada de espetacular, nem desejar nada excepcional. Não é preciso nem mesmo ser brilhante, importante, admirado.

Para viver de verdade, pensando e repensando a existência, para que ela valha a pena, é preciso ser amado; e amar; e amar-se. Ter esperança; qualquer esperança.

Questionar o que nos é imposto, sem rebeldias insensatas mas sem demasiada sensatez. Saborear o bom, mas aqui e ali enfrentar o ruim. Suportar sem se submeter, aceitar sem se humilhar, entregar-se sem renunciar a si mesmo e à possível dignidade.

Sonhar, porque se desistimos disso apaga-se a última claridade e nada mais valerá a pena. Escapar, na liberdade do pensamento, desse espírito de manada que trabalha obstinadamente para nos enquadrar, seja lá no que for.

E que o mínimo que a gente faça seja, a cada momento, o melhor que afinal se conseguiu fazer."

11.4. Tabelas pacientes

11.4.a. Tabela Paciente 01

PACIENTE 01							
ETE	ETE 1	ALTERAÇÃO	ETE 2	ETC	ETC 1	ALTERAÇÃO	ETC 2
1. Estou preocupado(a), atormentado(a) ou chateado(a)	1	0	1	1. Enfrento a situação	5	0	5
2. Minha garganta está apertada ou minha boca está seca	5	-4	1	2. Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer	2	-1	1
3. Me sinto ameaçado(a)	4	-3	1	3. Tento não pensar no problema	1	4	5
4. Eu tenho um rosto tenso ou maxilares cerrados	2	-1	1	4. Evito encontrar-me com pessoas	1	4	5
5. Eu estou tenso(a)	4	-1	3	5. Mudo a minha forma de viver	3	-2	1
6. Me sinto pressionado(a) pelo tempo	5	-4	1	6. Analiso a situação para melhor a compreender	5	0	5
7. Eu me sinto desanimado(a) ou deprimido(a)	4	1	5	7. Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto	1	0	1
8. Estou com um nó no estômago	1	4	5	8. Procuo atividades coletivas	4	-3	1
9. Eu repasso as mesmas ideias, eu rumino	1	0	1	9. Sei o que tenho que fazer e redobro meus esforços para o alcançar	5	0	5
10. Eu mordo minhas unhas ou mordo meus lábios	5	-4	1	10. Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades	1	2	3
11. Estou cansado(a)	5	-2	3	11. Resisto ao desejo de agir, até que a situação me permita	5	-4	1
12. Estou preocupado(a) se tiver que planejar meu futuro	2	0	2	12. Reajo como se o problema não existisse	1	0	1
13. Eu me sinto sozinho(a), isolado(a)	5	-1	4	13. Procuo a ajuda dos amigos para acalmar a minha ansiedade	5	-1	4
14. Estou chorando	1	0	1	14. Afasto-me dos outros	5	-1	4
15. Não vejo as dificuldades que se acumulam	3	-2	1	15. Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema	1	2	3
16. Meu coração está batendo rápido	4	0	4	16. Digo a mim próprio que este problema não tem importância	5	-2	3
17. Eu fico agitado(a)	5	0	5	17. Centro-me noutras atividades para me distrair	5	-1	4
18. Estou preocupado(a) com o que vai acontecer no dia seguinte	4	-3	1	18. Reflito nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema	5	0	5
19. Tenho a impressão de que tudo exige de mim um esforço considerável	2	3	5				
20. Eu tenho ondas de calor ou estou suando	5	-2	3				
21. Eu sinto que estou perdendo o controle	1	0	1				
22. Tenho dificuldade em respirar	5	-4	1				
23. Tenho dificuldade em adormecer ou durmo mal	5	0	5				
24. Esqueço compromissos, objetos ou coisas para fazer	2	3	5				
25. Me sinto incompreendido(a)	4	-3	1				
26. Tenho problemas intestinais	5	0	5				
27. Diante da situação, me sinto impotente	5	-3	2				
28. Eu estou tremendo	3	-2	1				
29. Me sinto esgotado(a), sem energia	2	3	5				
30. Tenho dificuldade em organizar o meu tempo	5	-4	1				

11.4.b. Tabela Paciente 02

PACIENTE 02							
ETE	ETE 1	ALTERAÇÃO	ETE 2	ETC	ETC 1	ALTERAÇÃO	ETC 2
1. Estou preocupado(a), atormentado(a) ou chateado(a)	5	0	5	1. Enfrento a situação	5	0	5
2. Minha garganta está apertada ou minha boca está seca	4	1	5	2. Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer	1	0	1
3. Me sinto ameaçado(a)	2	-1	1	3. Tento não pensar no problema	5	0	5
4. Eu tenho um rosto tenso ou maxilares cerrados	2	0	2	4. Evito encontrar-me com pessoas	5	-3	2
5. Eu estou tenso(a)	5	-1	4	5. Mudo a minha forma de viver	3	2	5
6. Me sinto pressionado(a) pelo tempo	1	0	1	6. Analiso a situação para melhor a compreender	5	0	5
7. Eu me sinto desanimado(a) ou deprimido(a)	4	-2	2	7. Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto	5	-3	2
8. Estou com um nó no estômago	2	-1	1	8. Procuro atividades coletivas	3	-1	2
9. Eu repasso as mesmas ideias, eu rumino	2	-1	1	9. Sei o que tenho que fazer e redobro meus esforços para o alcançar	4	1	5
10. Eu mordo minhas unhas ou mordo meus lábios	1	0	1	10. Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades	1	0	1
11. Estou cansado(a)	4	0	4	11. Resisto ao desejo de agir, até que a situação me permita	3	0	3
12. Estou preocupado(a) se tiver que planejar meu futuro	5	0	5	12. Reajo como se o problema não existisse	5	-4	1
13. Eu me sinto sozinho(a), isolado(a)	1	0	1	13. Procuro a ajuda dos amigos para acalmar a minha ansiedade	1	1	2
14. Estou chorando	4	-3	1	14. Afasto-me dos outros	2	1	3
15. Não vejo as dificuldades que se acumulam	2	-1	1	15. Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema	5	-1	4
16. Meu coração está batendo rápido	2	-1	1	16. Digo a mim próprio que este problema não tem importância	5	-4	1
17. Eu fico agitado(a)	2	0	2	17. Centro-me noutras atividades para me distrair	5	0	5
18. Estou preocupado(a) com o que vai acontecer no dia seguinte	5	0	5	18. Reflito nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema	5	0	5
19. Tenho a impressão de que tudo exige de mim um esforço considerável	4	1	5				
20. Eu tenho ondas de calor ou estou suando	1	0	1				
21. Eu sinto que estou perdendo o controle	2	-1	1				
22. Tenho dificuldade em respirar	2	0	2				
23. Tenho dificuldade em adormecer ou durmo mal	1	0	1				
24. Esqueço compromissos, objetos ou coisas para fazer	5	0	5				
25. Me sinto incompreendido(a)	4	0	4				
26. Tenho problemas intestinais	4	0	4				
27. Diante da situação, me sinto impotente	4	-3	1				
28. Eu estou tremendo	1	0	1				
29. Me sinto esgotado(a), sem energia	4	0	4				
30. Tenho dificuldade em organizar o meu tempo	4	1	5				

11.4.c. Tabela Paciente 03

PACIENTE 03							
ETE	ETE 1	ALTERAÇÃO	ETE 2	ETC	ETC 1	ALTERAÇÃO	ETC 2
1. Estou preocupado(a), atormentado(a) ou chateado(a)	4	-1	3	1. Enfrento a situação	5	0	5
2. Minha garganta está apertada ou minha boca está seca	1	1	2	2. Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer	5	0	5
3. Me sinto ameaçado(a)	1	0	1	3. Tento não pensar no problema	5	0	5
4. Eu tenho um rosto tenso ou maxilares cerrados	4	-3	1	4. Evito encontrar-me com pessoas	1	0	1
5. Eu estou tenso(a)	5	-4	1	5. Mudo a minha forma de viver	5	-2	3
6. Me sinto pressionado(a) pelo tempo	4	-3	1	6. Analiso a situação para melhor a compreender	5	0	5
7. Eu me sinto desanimado(a) ou deprimido(a)	4	-3	1	7. Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto	5	0	5
8. Estou com um nó no estômago	4	-3	1	8. Procuo atividades coletivas	3	2	5
9. Eu repasso as mesmas ideias, eu rumino	5	-4	1	9. Sei o que tenho que fazer e redobro meus esforços para o alcançar	5	0	5
10. Eu mordo minhas unhas ou mordo meus lábios	1	0	1	10. Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades	4	-3	1
11. Estou cansado(a)	1	0	1	11. Resisto ao desejo de agir, até que a situação me permita	5	-4	1
12. Estou preocupado(a) se tiver que planejar meu futuro	5	-4	1	12. Reajo como se o problema não existisse	5	0	5
13. Eu me sinto sozinho(a), isolado(a)	1	0	1	13. Procuo a ajuda dos amigos para acalmar a minha ansiedade	4	1	5
14. Estou chorando	1	0	1	14. Afasto-me dos outros	1	0	1
15. Não vejo as dificuldades que se acumulam	1	4	5	15. Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema	5	0	5
16. Meu coração está batendo rápido	1	0	1	16. Digo a mim próprio que este problema não tem importância	5	0	5
17. Eu fico agitado(a)	3	-2	1	17. Centro-me noutras atividades para me distrair	5	0	5
18. Estou preocupado(a) com o que vai acontecer no dia seguinte	1	0	1	18. Reflito nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema	5	0	5
19. Tenho a impressão de que tudo exige de mim um esforço considerável	5	0	5				
20. Eu tenho ondas de calor ou estou suando	5	0	5				
21. Eu sinto que estou perdendo o controle	1	0	1				
22. Tenho dificuldade em respirar	1	0	1				
23. Tenho dificuldade em adormecer ou durmo mal	1	0	1				
24. Esqueço compromissos, objetos ou coisas para fazer	5	-4	1				
25. Me sinto incompreendido(a)	1	0	1				
26. Tenho problemas intestinais	1	0	1				
27. Diante da situação, me sinto impotente	1	0	1				
28. Eu estou tremendo	1	0	1				
29. Me sinto esgotado(a), sem energia	1	0	1				
30. Tenho dificuldade em organizar o meu tempo	4	-3	1				

11.4.d. Tabela Paciente 04

PACIENTE 04							
ETE	ETE 1	ALTERAÇÃO	ETE 2	ETC	ETC 1	ALTERAÇÃO	ETC 2
1. Estou preocupado(a), atormentado(a) ou chateado(a)	1	0	1	1. Enfrento a situação	4	-1	3
2. Minha garganta está apertada ou minha boca está seca	1	0	1	2. Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer	4	-1	3
3. Me sinto ameaçado(a)	1	0	1	3. Tento não pensar no problema	4	0	4
4. Eu tenho um rosto tenso ou maxilares cerrados	1	0	1	4. Evito encontrar-me com pessoas	2	-1	1
5. Eu estou tenso(a)	1	0	1	5. Mudo a minha forma de viver	1	1	2
6. Me sinto pressionado(a) pelo tempo	2	0	2	6. Analiso a situação para melhor a compreender	4	-1	3
7. Eu me sinto desanimado(a) ou deprimido(a)	1	0	1	7. Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto	2	1	3
8. Estou com um nó no estômago	1	0	1	8. Procuro atividades coletivas	3	0	3
9. Eu repasso as mesmas ideias, eu rumino	1	0	1	9. Sei o que tenho que fazer e redobro meus esforços para o alcançar	3	-1	2
10. Eu mordo minhas unhas ou mordo meus lábios	1	0	1	10. Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades	3	-1	2
11. Estou cansado(a)	2	-1	1	11. Resisto ao desejo de agir, até que a situação me permita	3	-1	2
12. Estou preocupado(a) se tiver que planejar meu futuro	3	-2	1	12. Reajo como se o problema não existisse	4	-1	3
13. Eu me sinto sozinho(a), isolado(a)	1	0	1	13. Procuro a ajuda dos amigos para acalmar a minha ansiedade	2	1	3
14. Estou chorando	1	0	1	14. Afasto-me dos outros	1	1	2
15. Não vejo as dificuldades que se acumulam	2	0	2	15. Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema	3	0	3
16. Meu coração está batendo rápido	1	0	1	16. Digo a mim próprio que este problema não tem importância	2	0	2
17. Eu fico agitado(a)	1	0	1	17. Centro-me noutras atividades para me distrair	4	0	4
18. Estou preocupado(a) com o que vai acontecer no dia seguinte	2	1	3	18. Reflito nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema	4	-1	3
19. Tenho a impressão de que tudo exige de mim um esforço considerável	1	0	1				
20. Eu tenho ondas de calor ou estou suando	1	0	1				
21. Eu sinto que estou perdendo o controle	1	0	1				
22. Tenho dificuldade em respirar	1	0	1				
23. Tenho dificuldade em adormecer ou durmo mal	4	-1	3				
24. Esqueço compromissos, objetos ou coisas para fazer	3	-1	2				
25. Me sinto incompreendido(a)	2	-1	1				
26. Tenho problemas intestinais	4	0	4				
27. Diante da situação, me sinto impotente	3	0	3				
28. Eu estou tremendo	1	0	1				
29. Me sinto esgotado(a), sem energia	2	0	2				
30. Tenho dificuldade em organizar o meu tempo	3	1	4				

11.4.e. Tabela Paciente 05

PACIENTE 05							
ETE	ETE 1	ALTERAÇÃO	ETE 2	ETC	ETC 1	ALTERAÇÃO	ETC 2
1. Estou preocupado(a), atormentado(a) ou chateado(a)	3	-2	1	1. Enfrento a situação	5	0	5
2. Minha garganta está apertada ou minha boca está seca	4	-3	1	2. Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer	3	0	3
3. Me sinto ameaçado(a)	1	0	1	3. Tento não pensar no problema	3	0	3
4. Eu tenho um rosto tenso ou maxilares cerrados	1	0	1	4. Evito encontrar-me com pessoas	2	1	3
5. Eu estou tenso(a)	5	-2	3	5. Mudo a minha forma de viver	4	-2	2
6. Me sinto pressionado(a) pelo tempo	1	0	1	6. Analiso a situação para melhor a compreender	5	0	5
7. Eu me sinto desanimado(a) ou deprimido(a)	2	-1	1	7. Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto	5	0	5
8. Estou com um nó no estômago	3	-2	1	8. Procuvo atividades coletivas	3	0	3
9. Eu repasso as mesmas ideias, eu rumino	3	-2	1	9. Sei o que tenho que fazer e redobro meus esforços para o alcançar	5	0	5
10. Eu mordo minhas unhas ou mordo meus lábios	1	0	1	10. Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades	3	0	3
11. Estou cansado(a)	3	-2	1	11. Resisto ao desejo de agir, até que a situação me permita	3	0	3
12. Estou preocupado(a) se tiver que planejar meu futuro	1	0	1	12. Reajo como se o problema não existisse	3	-1	2
13. Eu me sinto sozinho(a), isolado(a)	1	0	1	13. Procuvo a ajuda dos amigos para acalmar a minha ansiedade	4	-2	2
14. Estou chorando	1	0	1	14. Afasto-me dos outros	3	-1	2
15. Não vejo as dificuldades que se acumulam	2	0	2	15. Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema	5	0	5
16. Meu coração está batendo rápido	4	-3	1	16. Digo a mim próprio que este problema não tem importância	2	-1	1
17. Eu fico agitado(a)	4	-3	1	17. Centro-me noutras atividades para me distrair	4	1	5
18. Estou preocupado(a) com o que vai acontecer no dia seguinte	3	-2	1	18. Reflito nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema	4	1	5
19. Tenho a impressão de que tudo exige de mim um esforço considerável	2	0	2				
20. Eu tenho ondas de calor ou estou suando	5	-4	1				
21. Eu sinto que estou perdendo o controle	1	0	1				
22. Tenho dificuldade em respirar	4	-3	1				
23. Tenho dificuldade em adormecer ou durmo mal	4	0	4				
24. Esqueço compromissos, objetos ou coisas para fazer	1	0	1				
25. Me sinto incompreendido(a)	1	0	1				
26. Tenho problemas intestinais	5	0	5				
27. Diante da situação, me sinto impotente	1	2	3				
28. Eu estou tremendo	1	0	1				
29. Me sinto esgotado(a), sem energia	2	0	2				
30. Tenho dificuldade em organizar o meu tempo	1	0	1				

11.4.f. Tabela Paciente 06

PACIENTE 06							
ETE	ETE 1	ALTERAÇÃO	ETE 2	ETC	ETC 1	ALTERAÇÃO	ETC 2
1. Estou preocupado(a), atormentado(a) ou chateado(a)	4	-1	3	1. Enfrento a situação	3	2	5
2. Minha garganta está apertada ou minha boca está seca	4	-2	2	2. Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer	5	-1	4
3. Me sinto ameaçado(a)	4	0	4	3. Tento não pensar no problema	5	0	5
4. Eu tenho um rosto tenso ou maxilares cerrados	4	-2	2	4. Evito encontrar-me com pessoas	4	-1	3
5. Eu estou tenso(a)	2	1	3	5. Mudo a minha forma de viver	3	0	3
6. Me sinto pressionado(a) pelo tempo	3	1	4	6. Analiso a situação para melhor a compreender	5	0	5
7. Eu me sinto desanimado(a) ou deprimido(a)	4	-3	1	7. Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto	5	0	5
8. Estou com um nó no estômago	1	1	2	8. Procuo atividades coletivas	1	2	3
9. Eu repasso as mesmas ideias, eu rumino	4	-1	3	9. Sei o que tenho que fazer e redobro meus esforços para o alcançar	5	-1	4
10. Eu mordo minhas unhas ou mordo meus lábios	2	-1	1	10. Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades	3	0	3
11. Estou cansado(a)	3	0	3	11. Resisto ao desejo de agir, até que a situação me permita	4	0	4
12. Estou preocupado(a) se tiver que planejar meu futuro	5	-2	3	12. Reajo como se o problema não existisse	2	2	4
13. Eu me sinto sozinho(a), isolado(a)	2	-1	1	13. Procuo a ajuda dos amigos para acalmar a minha ansiedade	5	0	5
14. Estou chorando	1	0	1	14. Afasto-me dos outros	4	0	4
15. Não vejo as dificuldades que se acumulam	4	-1	3	15. Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema	5	-1	4
16. Meu coração está batendo rápido	2	-1	1	16. Digo a mim próprio que este problema não tem importância	5	-1	4
17. Eu fico agitado(a)	2	0	2	17. Centro-me noutras atividades para me distrair	4	1	5
18. Estou preocupado(a) com o que vai acontecer no dia seguinte	2	0	2	18. Reflito nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema	4	1	5
19. Tenho a impressão de que tudo exige de mim um esforço considerável	4	-1	3				
20. Eu tenho ondas de calor ou estou suando	2	-1	1				
21. Eu sinto que estou perdendo o controle	1	0	1				
22. Tenho dificuldade em respirar	3	-1	2				
23. Tenho dificuldade em adormecer ou durmo mal	5	-1	4				
24. Esqueço compromissos, objetos ou coisas para fazer	4	-1	3				
25. Me sinto incompreendido(a)	2	1	3				
26. Tenho problemas intestinais	3	0	3				
27. Diante da situação, me sinto impotente	3	2	5				
28. Eu estou tremendo	1	0	1				
29. Me sinto esgotado(a), sem energia	2	2	4				
30. Tenho dificuldade em organizar o meu tempo	4	0	4				

11.4.g. Tabela Paciente 07

PACIENTE 07							
ETE	ETE 1	ALTERAÇÃO	ETE 2	ETC	ETC 1	ALTERAÇÃO	ETC 2
1. Estou preocupado(a), atormentado(a) ou chateado(a)	2	-1	1	1. Enfrento a situação	5	0	5
2. Minha garganta está apertada ou minha boca está seca	1	0	1	2. Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer	1	0	1
3. Me sinto ameaçado(a)	1	0	1	3. Tento não pensar no problema	3	0	3
4. Eu tenho um rosto tenso ou maxilares cerrados	5	-4	1	4. Evito encontrar-me com pessoas	1	0	1
5. Eu estou tenso(a)	4	-1	3	5. Mudo a minha forma de viver	1	0	1
6. Me sinto pressionado(a) pelo tempo	2	-1	1	6. Analiso a situação para melhor a compreender	4	0	4
7. Eu me sinto desanimado(a) ou deprimido(a)	4	-1	3	7. Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto	5	-1	4
8. Estou com um nó no estômago	1	0	1	8. Procuro atividades coletivas	5	0	5
9. Eu repasso as mesmas ideias, eu rumino	5	-4	1	9. Sei o que tenho que fazer e redobro meus esforços para o alcançar	5	-1	4
10. Eu mordo minhas unhas ou mordo meus lábios	5	-2	3	10. Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades	1	0	1
11. Estou cansado(a)	4	-1	3	11. Resisto ao desejo de agir, até que a situação me permita	3	1	4
12. Estou preocupado(a) se tiver que planejar meu futuro	1	0	1	12. Reajo como se o problema não existisse	1	0	1
13. Eu me sinto sozinho(a), isolado(a)	1	0	1	13. Procuro a ajuda dos amigos para acalmar a minha ansiedade	5	-2	3
14. Estou chorando	1	0	1	14. Afasto-me dos outros	1	0	1
15. Não vejo as dificuldades que se acumulam	2	-1	1	15. Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema	5	-1	4
16. Meu coração está batendo rápido	1	0	1	16. Digo a mim próprio que este problema não tem importância	1	0	1
17. Eu fico agitado(a)	1	2	3	17. Centro-me noutras atividades para me distrair	5	-1	4
18. Estou preocupado(a) com o que vai acontecer no dia seguinte	1	0	1	18. Reflito nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema	4	1	5
19. Tenho a impressão de que tudo exige de mim um esforço considerável	4	-1	3				
20. Eu tenho ondas de calor ou estou suando	3	0	3				
21. Eu sinto que estou perdendo o controle	3	-2	1				
22. Tenho dificuldade em respirar	1	0	1				
23. Tenho dificuldade em adormecer ou durmo mal	1	0	1				
24. Esqueço compromissos, objetos ou coisas para fazer	2	-1	1				
25. Me sinto incompreendido(a)	1	0	1				
26. Tenho problemas intestinais	1	0	1				
27. Diante da situação, me sinto impotente	3	-2	1				
28. Eu estou tremendo	2	-1	1				
29. Me sinto esgotado(a), sem energia	5	-2	3				
30. Tenho dificuldade em organizar o meu tempo	1	0	1				

11.4.h. Tabela Paciente 08

PACIENTE 08							
ETE	ETE 1	ALTERAÇÃO	ETE 2	ETC	ETC 1	ALTERAÇÃO	ETC 2
1. Estou preocupado(a), atormentado(a) ou chateado(a)	2	-1	1	1. Enfrento a situação	5	0	5
2. Minha garganta está apertada ou minha boca está seca	3	1	4	2. Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer	5	0	5
3. Me sinto ameaçado(a)	1	0	1	3. Tento não pensar no problema	5	0	5
4. Eu tenho um rosto tenso ou maxilares cerrados	1	0	1	4. Evito encontrar-me com pessoas	1	0	1
5. Eu estou tenso(a)	1	0	1	5. Mudo a minha forma de viver	5	-2	3
6. Me sinto pressionado(a) pelo tempo	1	0	1	6. Analiso a situação para melhor a compreender	5	0	5
7. Eu me sinto desanimado(a) ou deprimido(a)	4	-1	3	7. Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto	5	0	5
8. Estou com um nó no estômago	3	-2	1	8. Procuro atividades coletivas	5	0	5
9. Eu repasso as mesmas ideias, eu rumino	1	0	1	9. Sei o que tenho que fazer e redobro meus esforços para o alcançar	5	0	5
10. Eu mordo minhas unhas ou mordo meus lábios	1	0	1	10. Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades	2	0	2
11. Estou cansado(a)	5	0	5	11. Resisto ao desejo de agir, até que a situação me permita	5	0	5
12. Estou preocupado(a) se tiver que planejar meu futuro	3	-1	2	12. Reajo como se o problema não existisse	2	0	2
13. Eu me sinto sozinho(a), isolado(a)	1	0	1	13. Procuro a ajuda dos amigos para acalmar a minha ansiedade	5	0	5
14. Estou chorando	2	-1	1	14. Afasto-me dos outros	1	0	1
15. Não vejo as dificuldades que se acumulam	1	0	1	15. Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema	5	0	5
16. Meu coração está batendo rápido	3	-1	2	16. Digo a mim próprio que este problema não tem importância	1	2	3
17. Eu fico agitado(a)	1	0	1	17. Centro-me noutras atividades para me distrair	5	0	5
18. Estou preocupado(a) com o que vai acontecer no dia seguinte	4	-1	3	18. Reflito nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema	5	0	5
19. Tenho a impressão de que tudo exige de mim um esforço considerável	5	-1	4				
20. Eu tenho ondas de calor ou estou suando	5	0	5				
21. Eu sinto que estou perdendo o controle	1	0	1				
22. Tenho dificuldade em respirar	1	0	1				
23. Tenho dificuldade em adormecer ou durmo mal	1	0	1				
24. Esqueço compromissos, objetos ou coisas para fazer	4	-1	3				
25. Me sinto incompreendido(a)	1	0	1				
26. Tenho problemas intestinais	5	0	5				
27. Diante da situação, me sinto impotente	1	0	1				
28. Eu estou tremendo	1	0	1				
29. Me sinto esgotado(a), sem energia	3	0	3				
30. Tenho dificuldade em organizar o meu tempo	1	0	1				

11.4.i. Tabela Paciente 09

PACIENTE 09							
ETE	ETE 1	ALTERAÇÃO	ETE 2	ETC	ETC 1	ALTERAÇÃO	ETC 2
1. Estou preocupado(a), atormentado(a) ou chateado(a)	4	0	4	1. Enfrento a situação	4	1	5
2. Minha garganta está apertada ou minha boca está seca	2	1	3	2. Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer	2	1	3
3. Me sinto ameaçado(a)	3	0	3	3. Tento não pensar no problema	2	3	5
4. Eu tenho um rosto tenso ou maxilares cerrados	2	-1	1	4. Evito encontrar-me com pessoas	1	0	1
5. Eu estou tenso(a)	3	-1	2	5. Mudo a minha forma de viver	5	0	5
6. Me sinto pressionado(a) pelo tempo	3	-1	2	6. Analiso a situação para melhor a compreender	5	0	5
7. Eu me sinto desanimado(a) ou deprimido(a)	3	0	3	7. Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto	5	0	5
8. Estou com um nó no estômago	1	2	3	8. Procuro atividades coletivas	5	0	5
9. Eu repasso as mesmas ideias, eu rumino	2	1	3	9. Sei o que tenho que fazer e redobro meus esforços para o alcançar	5	0	5
10. Eu mordo minhas unhas ou mordo meus lábios	1	0	1	10. Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades	3	0	3
11. Estou cansado(a)	3	-1	2	11. Resisto ao desejo de agir, até que a situação me permita	3	1	4
12. Estou preocupado(a) se tiver que planejar meu futuro	3	0	3	12. Reajo como se o problema não existisse	2	2	4
13. Eu me sinto sozinho(a), isolado(a)	1	0	1	13. Procuro a ajuda dos amigos para acalmar a minha ansiedade	5	0	5
14. Estou chorando	1	0	1	14. Afasto-me dos outros	1	0	1
15. Não vejo as dificuldades que se acumulam	1	0	1	15. Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema	5	0	5
16. Meu coração está batendo rápido	1	1	2	16. Digo a mim próprio que este problema não tem importância	3	0	3
17. Eu fico agitado(a)	1	0	1	17. Centro-me noutras atividades para me distrair	5	0	5
18. Estou preocupado(a) com o que vai acontecer no dia seguinte	1	0	1	18. Reflito nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema	5	0	5
19. Tenho a impressão de que tudo exige de mim um esforço considerável	4	-1	3				
20. Eu tenho ondas de calor ou estou suando	3	-1	2				
21. Eu sinto que estou perdendo o controle	1	0	1				
22. Tenho dificuldade em respirar	1	1	2				
23. Tenho dificuldade em adormecer ou durmo mal	2	0	2				
24. Esqueço compromissos, objetos ou coisas para fazer	2	0	2				
25. Me sinto incompreendido(a)	1	0	1				
26. Tenho problemas intestinais	1	0	1				
27. Diante da situação, me sinto impotente	1	0	1				
28. Eu estou tremendo	1	0	1				
29. Me sinto esgotado(a), sem energia	1	1	2				
30. Tenho dificuldade em organizar o meu tempo	1	1	2				

11.4.j. Tabela Paciente 10

PACIENTE 10							
ETE	ETE 1	ALTERAÇÃO	ETE 2	ETC	ETC 1	ALTERAÇÃO	ETC 2
1. Estou preocupado(a), atormentado(a) ou chateado(a)	1	0	1	1. Enfrento a situação	5	0	5
2. Minha garganta está apertada ou minha boca está seca	1	0	1	2. Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer	5	-4	1
3. Me sinto ameaçado(a)	1	0	1	3. Tento não pensar no problema	5	-4	1
4. Eu tenho um rosto tenso ou maxilares cerrados	1	0	1	4. Evito encontrar-me com pessoas	1	4	5
5. Eu estou tenso(a)	1	0	1	5. Mudo a minha forma de viver	1	4	5
6. Me sinto pressionado(a) pelo tempo	1	0	1	6. Analiso a situação para melhor a compreender	5	0	5
7. Eu me sinto desanimado(a) ou deprimido(a)	1	0	1	7. Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto	5	0	5
8. Estou com um nó no estômago	1	0	1	8. Procuro atividades coletivas	5	0	5
9. Eu repasso as mesmas ideias, eu rumino	1	0	1	9. Sei o que tenho que fazer e redobro meus esforços para o alcançar	5	0	5
10. Eu mordo minhas unhas ou mordo meus lábios	1	2	3	10. Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades	1	2	3
11. Estou cansado(a)	1	0	1	11. Resisto ao desejo de agir, até que a situação me permita	1	2	3
12. Estou preocupado(a) se tiver que planejar meu futuro	1	0	1	12. Reajo como se o problema não existisse	1	2	3
13. Eu me sinto sozinho(a), isolado(a)	1	0	1	13. Procuro a ajuda dos amigos para acalmar a minha ansiedade	5	0	5
14. Estou chorando	1	0	1	14. Afasto-me dos outros	1	0	1
15. Não vejo as dificuldades que se acumulam	1	0	1	15. Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema	5	0	5
16. Meu coração está batendo rápido	1	0	1	16. Digo a mim próprio que este problema não tem importância	5	-4	1
17. Eu fico agitado(a)	3	2	5	17. Centro-me noutras atividades para me distrair	5	0	5
18. Estou preocupado(a) com o que vai acontecer no dia seguinte	3	2	5	18. Reflito nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema	5	0	5
19. Tenho a impressão de que tudo exige de mim um esforço considerável	3	2	5				
20. Eu tenho ondas de calor ou estou suando	1	0	1				
21. Eu sinto que estou perdendo o controle	1	0	1				
22. Tenho dificuldade em respirar	1	0	1				
23. Tenho dificuldade em adormecer ou durmo mal	1	0	1				
24. Esqueço compromissos, objetos ou coisas para fazer	1	0	1				
25. Me sinto incompreendido(a)	1	4	5				
26. Tenho problemas intestinais	1	0	1				
27. Diante da situação, me sinto impotente	1	0	1				
28. Eu estou tremendo	1	0	1				
29. Me sinto esgotado(a), sem energia	1	0	1				
30. Tenho dificuldade em organizar o meu tempo	1	0	1				

11.4.k. Tabela Paciente 11

PACIENTE 11							
ETE	ETE 1	ALTERAÇÃO	ETE 2	ETC	ETC 1	ALTERAÇÃO	ETC 2
1. Estou preocupado(a), atormentado(a) ou chateado(a)	1	0	1	1. Enfrento a situação	5	-4	1
2. Minha garganta está apertada ou minha boca está seca	1	0	1	2. Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer	1	0	1
3. Me sinto ameaçado(a)	1	0	1	3. Tento não pensar no problema	5	0	5
4. Eu tenho um rosto tenso ou maxilares cerrados	3	-2	1	4. Evito encontrar-me com pessoas	5	0	5
5. Eu estou tenso(a)	3	-2	1	5. Mudo a minha forma de viver	1	0	1
6. Me sinto pressionado(a) pelo tempo	1	0	1	6. Analiso a situação para melhor a compreender	3	2	5
7. Eu me sinto desanimado(a) ou deprimido(a)	5	-4	1	7. Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto	1	4	5
8. Estou com um nó no estômago	1	0	1	8. Procuro atividades coletivas	1	0	1
9. Eu repasso as mesmas ideias, eu rumino	1	0	1	9. Sei o que tenho que fazer e redobro meus esforços para o alcançar	5	0	5
10. Eu mordo minhas unhas ou mordo meus lábios	3	-1	2	10. Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades	3	0	3
11. Estou cansado(a)	1	0	1	11. Resisto ao desejo de agir, até que a situação me permita	5	0	5
12. Estou preocupado(a) se tiver que planejar meu futuro	3	0	3	12. Reajo como se o problema não existisse	3	2	5
13. Eu me sinto sozinho(a), isolado(a)	1	0	1	13. Procuro a ajuda dos amigos para acalmar a minha ansiedade	1	4	5
14. Estou chorando	3	-2	1	14. Afasto-me dos outros	5	0	5
15. Não vejo as dificuldades que se acumulam	1	0	1	15. Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema	5	0	5
16. Meu coração está batendo rápido	1	0	1	16. Digo a mim próprio que este problema não tem importância	5	0	5
17. Eu fico agitado(a)	3	-2	1	17. Centro-me noutras atividades para me distrair	5	0	5
18. Estou preocupado(a) com o que vai acontecer no dia seguinte	1	0	1	18. Reflito nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema	5	0	5
19. Tenho a impressão de que tudo exige de mim um esforço considerável	1	0	1				
20. Eu tenho ondas de calor ou estou suando	1	0	1				
21. Eu sinto que estou perdendo o controle	1	0	1				
22. Tenho dificuldade em respirar	1	0	1				
23. Tenho dificuldade em adormecer ou durmo mal	1	0	1				
24. Esqueço compromissos, objetos ou coisas para fazer	5	-4	1				
25. Me sinto incompreendido(a)	1	0	1				
26. Tenho problemas intestinais	1	0	1				
27. Diante da situação, me sinto impotente	1	0	1				
28. Eu estou tremendo	1	0	1				
29. Me sinto esgotado(a), sem energia	3	-2	1				
30. Tenho dificuldade em organizar o meu tempo	3	-2	1				

11.4.I. Tabela Paciente 12

PACIENTE 12							
ETE	ETE 1	ALTERAÇÃO	ETE 2	ETC	ETC 1	ALTERAÇÃO	ETC 2
1. Estou preocupado(a), atormentado(a) ou chateado(a)	3	-2	1	1. Enfrento a situação	5	-2	3
2. Minha garganta está apertada ou minha boca está seca	5	-4	1	2. Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer	3	1	4
3. Me sinto ameaçado(a)	1	0	1	3. Tento não pensar no problema	5	-1	4
4. Eu tenho um rosto tenso ou maxilares cerrados	2	-1	1	4. Evito encontrar-me com pessoas	3	-1	2
5. Eu estou tenso(a)	1	0	1	5. Mudo a minha forma de viver	4	-1	3
6. Me sinto pressionado(a) pelo tempo	4	-3	1	6. Analiso a situação para melhor a compreender	3	1	4
7. Eu me sinto desanimado(a) ou deprimido(a)	1	0	1	7. Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto	4	0	4
8. Estou com um nó no estômago	1	0	1	8. Procuro atividades coletivas	1	3	4
9. Eu repasso as mesmas ideias, eu rumino	1	0	1	9. Sei o que tenho que fazer e redobro meus esforços para o alcançar	4	0	4
10. Eu mordo minhas unhas ou mordo meus lábios	1	0	1	10. Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades	4	-1	3
11. Estou cansado(a)	2	-1	1	11. Resisto ao desejo de agir, até que a situação me permita	5	-1	4
12. Estou preocupado(a) se tiver que planejar meu futuro	3	-2	1	12. Reajo como se o problema não existisse	1	3	4
13. Eu me sinto sozinho(a), isolado(a)	1	0	1	13. Procuro a ajuda dos amigos para acalmar a minha ansiedade	3	1	4
14. Estou chorando	3	-2	1	14. Afasto-me dos outros	4	0	4
15. Não vejo as dificuldades que se acumulam	5	-4	1	15. Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema	3	2	5
16. Meu coração está batendo rápido	1	0	1	16. Digo a mim próprio que este problema não tem importância	1	2	3
17. Eu fico agitado(a)	1	0	1	17. Centro-me noutras atividades para me distrair	5	0	5
18. Estou preocupado(a) com o que vai acontecer no dia seguinte	1	0	1	18. Reflito nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema	5	0	5
19. Tenho a impressão de que tudo exige de mim um esforço considerável	5	-4	1				
20. Eu tenho ondas de calor ou estou suando	3	-2	1				
21. Eu sinto que estou perdendo o controle	3	-2	1				
22. Tenho dificuldade em respirar	1	0	1				
23. Tenho dificuldade em adormecer ou durmo mal	3	-2	1				
24. Esqueço compromissos, objetos ou coisas para fazer	3	1	4				
25. Me sinto incompreendido(a)	4	-4					
26. Tenho problemas intestinais	5	-2	3				
27. Diante da situação, me sinto impotente	3	-1	2				
28. Eu estou tremendo	1	0	1				
29. Me sinto esgotado(a), sem energia	2	-1	1				
30. Tenho dificuldade em organizar o meu tempo	3	2	5				

11.4.m. Tabela Paciente 13

PACIENTE 13							
ETE	ETE 1	ALTERAÇÃO	ETE 2	ETC	ETC 1	ALTERAÇÃO	ETC 2
1. Estou preocupado(a), atormentado(a) ou chateado(a)	4	0	4	1. Enfrento a situação	3	0	3
2. Minha garganta está apertada ou minha boca está seca	4	0	4	2. Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer	3	0	3
3. Me sinto ameaçado(a)	3	0	3	3. Tento não pensar no problema	1	0	1
4. Eu tenho um rosto tenso ou maxilares cerrados	4	-2	2	4. Evito encontrar-me com pessoas	3	0	3
5. Eu estou tenso(a)	3	1	4	5. Mudo a minha forma de viver	4	0	4
6. Me sinto pressionado(a) pelo tempo	3	-1	2	6. Analiso a situação para melhor a compreender	2	0	2
7. Eu me sinto desanimado(a) ou deprimido(a)	4	0	4	7. Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto	3	0	3
8. Estou com um nó no estômago	2	-1	1	8. Procuro atividades coletivas	1	0	1
9. Eu repasso as mesmas ideias, eu rumino	4	0	4	9. Sei o que tenho que fazer e redobro meus esforços para o alcançar	2	1	3
10. Eu mordo minhas unhas ou mordo meus lábios	1	0	1	10. Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades	1	0	1
11. Estou cansado(a)	3	0	3	11. Resisto ao desejo de agir, até que a situação me permita	2	1	3
12. Estou preocupado(a) se tiver que planejar meu futuro	4	-1	3	12. Reajo como se o problema não existisse	1	0	1
13. Eu me sinto sozinho(a), isolado(a)	1	0	1	13. Procuro a ajuda dos amigos para acalmar a minha ansiedade	4	-1	3
14. Estou chorando	4	0	4	14. Afasto-me dos outros	3	1	4
15. Não vejo as dificuldades que se acumulam	3	0	3	15. Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema	3	0	3
16. Meu coração está batendo rápido	1	0	1	16. Digo a mim próprio que este problema não tem importância	1	0	1
17. Eu fico agitado(a)	3	0	3	17. Centro-me noutras atividades para me distrair	4	0	4
18. Estou preocupado(a) com o que vai acontecer no dia seguinte	4	-1	3	18. Reflito nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema	3	-1	2
19. Tenho a impressão de que tudo exige de mim um esforço considerável	4	0	4				
20. Eu tenho ondas de calor ou estou suando	1	0	1				
21. Eu sinto que estou perdendo o controle	3	0	3				
22. Tenho dificuldade em respirar	1	0	1				
23. Tenho dificuldade em adormecer ou durmo mal	1	0	1				
24. Esqueço compromissos, objetos ou coisas para fazer	2	1	3				
25. Me sinto incompreendido(a)	3	0	3				
26. Tenho problemas intestinais	1	0	1				
27. Diante da situação, me sinto impotente	4	0	4				
28. Eu estou tremendo	1	0	1				
29. Me sinto esgotado(a), sem energia	3	0	3				
30. Tenho dificuldade em organizar o meu tempo	3	0	3				

11.4.n. Tabela Paciente 14

PACIENTE 14							
ETE	ETE 1	ALTERAÇÃO	ETE 2	ETC	ETC 1	ALTERAÇÃO	ETC 2
1. Estou preocupado(a), atormentado(a) ou chateado(a)	1	0	1	1. Enfrento a situação	5	-1	4
2. Minha garganta está apertada ou minha boca está seca	1	0	1	2. Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer	2	1	3
3. Me sinto ameaçado(a)	1	0	1	3. Tento não pensar no problema	2	1	3
4. Eu tenho um rosto tenso ou maxilares cerrados	1	0	1	4. Evito encontrar-me com pessoas	1	0	1
5. Eu estou tenso(a)	1	0	1	5. Mudo a minha forma de viver	1	0	1
6. Me sinto pressionado(a) pelo tempo	1	0	1	6. Analiso a situação para melhor a compreender	4	1	5
7. Eu me sinto desanimado(a) ou deprimido(a)	1	0	1	7. Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto	4	0	4
8. Estou com um nó no estômago	1	0	1	8. Procuro atividades coletivas	3	0	3
9. Eu repasso as mesmas ideias, eu rumino	1	2	3	9. Sei o que tenho que fazer e redobro meus esforços para o alcançar	4	1	5
10. Eu mordo minhas unhas ou mordo meus lábios	1	0	1	10. Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades	2	-1	1
11. Estou cansado(a)	2	1	3	11. Resisto ao desejo de agir, até que a situação me permita	2	1	3
12. Estou preocupado(a) se tiver que planejar meu futuro	1	0	1	12. Reajo como se o problema não existisse	2	-1	1
13. Eu me sinto sozinho(a), isolado(a)	1	0	1	13. Procuro a ajuda dos amigos para acalmar a minha ansiedade	4	0	4
14. Estou chorando	1	0	1	14. Afasto-me dos outros	2	-1	1
15. Não vejo as dificuldades que se acumulam	1	1	2	15. Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema	4	1	5
16. Meu coração está batendo rápido	1	0	1	16. Digo a mim próprio que este problema não tem importância	5	-1	4
17. Eu fico agitado(a)	1	0	1	17. Centro-me noutras atividades para me distrair	4	-1	3
18. Estou preocupado(a) com o que vai acontecer no dia seguinte	2	0	2	18. Reflito nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema	4	1	5
19. Tenho a impressão de que tudo exige de mim um esforço considerável	1	0	1				
20. Eu tenho ondas de calor ou estou suando	3	-2	1				
21. Eu sinto que estou perdendo o controle	1	0	1				
22. Tenho dificuldade em respirar	1	0	1				
23. Tenho dificuldade em adormecer ou durmo mal	1	0	1				
24. Esqueço compromissos, objetos ou coisas para fazer	2	0	2				
25. Me sinto incompreendido(a)	1	0	1				
26. Tenho problemas intestinais	1	0	1				
27. Diante da situação, me sinto impotente	1	0	1				
28. Eu estou tremendo	1	0	1				
29. Me sinto esgotado(a), sem energia	2	0	2				
30. Tenho dificuldade em organizar o meu tempo	1	0	1				

11.4.o. Tabela Paciente 15

PACIENTE 15							
ETE	ETE 1	ALTERAÇÃO	ETE 2	ETC	ETC 1	ALTERAÇÃO	ETC 2
1. Estou preocupado(a), atormentado(a) ou chateado(a)	3	1	4	1. Enfrento a situação	5	0	5
2. Minha garganta está apertada ou minha boca está seca	1	0	1	2. Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer	5	-3	2
3. Me sinto ameaçado(a)	1	2	3	3. Tento não pensar no problema	5	0	5
4. Eu tenho um rosto tenso ou maxilares cerrados	5	-2	3	4. Evito encontrar-me com pessoas	2	1	3
5. Eu estou tenso(a)	3	-2	1	5. Mudo a minha forma de viver	3	-2	1
6. Me sinto pressionado(a) pelo tempo	5	-2	3	6. Analiso a situação para melhor a compreender	3	0	3
7. Eu me sinto desanimado(a) ou deprimido(a)	3	1	4	7. Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto	3	2	5
8. Estou com um nó no estômago	5	0	5	8. Procuro atividades coletivas	2	0	2
9. Eu repasso as mesmas ideias, eu rumino	2	0	2	9. Sei o que tenho que fazer e redobro meus esforços para o alcançar	3	2	5
10. Eu mordo minhas unhas ou mordo meus lábios	2	-1	1	10. Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades	0	1	1
11. Estou cansado(a)	5	-1	4	11. Resisto ao desejo de agir, até que a situação me permita	2	2	4
12. Estou preocupado(a) se tiver que planejar meu futuro	1	3	4	12. Reajo como se o problema não existisse	3	0	3
13. Eu me sinto sozinho(a), isolado(a)	1	0	1	13. Procuro a ajuda dos amigos para acalmar a minha ansiedade	1	0	1
14. Estou chorando	1	0	1	14. Afasto-me dos outros	3	0	3
15. Não vejo as dificuldades que se acumulam	5	-2	3	15. Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema	5	-2	3
16. Meu coração está batendo rápido	1	3	4	16. Digo a mim próprio que este problema não tem importância	3	0	3
17. Eu fico agitado(a)	3	2	5	17. Centro-me noutras atividades para me distrair	5	-2	3
18. Estou preocupado(a) com o que vai acontecer no dia seguinte	1	2	3	18. Reflito nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema	5	0	5
19. Tenho a impressão de que tudo exige de mim um esforço considerável	4	-1	3				
20. Eu tenho ondas de calor ou estou suando	4	-1	3				
21. Eu sinto que estou perdendo o controle	4	1	5				
22. Tenho dificuldade em respirar	2	1	3				
23. Tenho dificuldade em adormecer ou durmo mal	5	0	5				
24. Esqueço compromissos, objetos ou coisas para fazer	5	0	5				
25. Me sinto incompreendido(a)	4	0	4				
26. Tenho problemas intestinais	5	0	5				
27. Diante da situação, me sinto impotente	5	-1	4				
28. Eu estou tremendo		0					
29. Me sinto esgotado(a), sem energia	4	0	4				
30. Tenho dificuldade em organizar o meu tempo	3	-2	1				

11.4.p. Tabela Paciente 16

PACIENTE 16							
ETE	ETE 1	ALTERAÇÃO	ETE 2	ETC	ETC 1	ALTERAÇÃO	ETC 2
1. Estou preocupado(a), atormentado(a) ou chateado(a)	3	0	3	1. Enfrento a situação	5	0	5
2. Minha garganta está apertada ou minha boca está seca	4	-3	1	2. Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer	5	0	5
3. Me sinto ameaçado(a)	3	-2	1	3. Tento não pensar no problema	3	0	3
4. Eu tenho um rosto tenso ou maxilares cerrados	3	-2	1	4. Evito encontrar-me com pessoas	1	0	1
5. Eu estou tenso(a)	1	2	3	5. Mudo a minha forma de viver	2	1	3
6. Me sinto pressionado(a) pelo tempo	1	0	1	6. Analiso a situação para melhor a compreender	4	1	5
7. Eu me sinto desanimado(a) ou deprimido(a)	1	0	1	7. Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto	5	0	5
8. Estou com um nó no estômago	1	0	1	8. Procuro atividades coletivas	5	0	5
9. Eu repasso as mesmas ideias, eu rumino	1	0	1	9. Sei o que tenho que fazer e redobro meus esforços para o alcançar	5	0	5
10. Eu mordo minhas unhas ou mordo meus lábios	3	-2	1	10. Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades	3	-2	1
11. Estou cansado(a)	1	0	1	11. Resisto ao desejo de agir, até que a situação me permita	4	1	5
12. Estou preocupado(a) se tiver que planejar meu futuro	1	0	1	12. Reajo como se o problema não existisse	3	-2	1
13. Eu me sinto sozinho(a), isolado(a)	2	-1	1	13. Procuro a ajuda dos amigos para acalmar a minha ansiedade	5	0	5
14. Estou chorando	1	0	1	14. Afasto-me dos outros	1	0	1
15. Não vejo as dificuldades que se acumulam	1	0	1	15. Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema	5	0	5
16. Meu coração está batendo rápido	1	0	1	16. Digo a mim próprio que este problema não tem importância	1	0	1
17. Eu fico agitado(a)	5	-4	1	17. Centro-me noutras atividades para me distrair	5	0	5
18. Estou preocupado(a) com o que vai acontecer no dia seguinte	3	-1	2	18. Reflito nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema	5	0	5
19. Tenho a impressão de que tudo exige de mim um esforço considerável	2	1	3				
20. Eu tenho ondas de calor ou estou suando	2	-1	1				
21. Eu sinto que estou perdendo o controle	1	0	1				
22. Tenho dificuldade em respirar	1	0	1				
23. Tenho dificuldade em adormecer ou durmo mal	5	-4	1				
24. Esqueço compromissos, objetos ou coisas para fazer	1	4	5				
25. Me sinto incompreendido(a)	1	0	1				
26. Tenho problemas intestinais	5	-4	1				
27. Diante da situação, me sinto impotente	5	0	5				
28. Eu estou tremendo	1	0	1				
29. Me sinto esgotado(a), sem energia	3	-2	1				
30. Tenho dificuldade em organizar o meu tempo	3	-2	1				

11.4.q. Tabela Paciente 17

PACIENTE 17							
ETE	ETE 1	ALTERAÇÃO	ETE 2	ETC	ETC 1	ALTERAÇÃO	ETC 2
1. Estou preocupado(a), atormentado(a) ou chateado(a)	4	0	4	1. Enfrento a situação	4	0	4
2. Minha garganta está apertada ou minha boca está seca	3	-2	1	2. Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer	2	1	3
3. Me sinto ameaçado(a)	2	-1	1	3. Tento não pensar no problema	3	0	3
4. Eu tenho um rosto tenso ou maxilares cerrados	2	-1	1	4. Evito encontrar-me com pessoas	1	2	3
5. Eu estou tenso(a)	4	-2	2	5. Mudo a minha forma de viver	3	0	3
6. Me sinto pressionado(a) pelo tempo	4	-3	1	6. Analiso a situação para melhor a compreender	3	1	4
7. Eu me sinto desanimado(a) ou deprimido(a)	4	-1	3	7. Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto	4	1	5
8. Estou com um nó no estômago	3	-2	1	8. Procuro atividades coletivas	2	0	2
9. Eu repasso as mesmas ideias, eu rumino	3	0	3	9. Sei o que tenho que fazer e redobro meus esforços para o alcançar	4	-1	3
10. Eu mordo minhas unhas ou mordo meus lábios	2	-1	1	10. Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades	1	0	1
11. Estou cansado(a)	4	0	4	11. Resisto ao desejo de agir, até que a situação me permita	1	2	3
12. Estou preocupado(a) se tiver que planejar meu futuro	4	-1	3	12. Reajo como se o problema não existisse	1	0	1
13. Eu me sinto sozinho(a), isolado(a)	4	-1	3	13. Procuro a ajuda dos amigos para acalmar a minha ansiedade	5	-1	4
14. Estou chorando	4	-2	2	14. Afasto-me dos outros	2	-1	1
15. Não vejo as dificuldades que se acumulam	1	0	1	15. Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema	4	0	4
16. Meu coração está batendo rápido	4	-3	1	16. Digo a mim próprio que este problema não tem importância	1	0	1
17. Eu fico agitado(a)	4	-1	3	17. Centro-me noutras atividades para me distrair	3	0	3
18. Estou preocupado(a) com o que vai acontecer no dia seguinte	4	-1	3	18. Reflito nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema	3	0	3
19. Tenho a impressão de que tudo exige de mim um esforço considerável	4	-1	3				
20. Eu tenho ondas de calor ou estou suando	2	-1	1				
21. Eu sinto que estou perdendo o controle	4	-3	1				
22. Tenho dificuldade em respirar	2	-1	1				
23. Tenho dificuldade em adormecer ou durmo mal	2	0	2				
24. Esqueço compromissos, objetos ou coisas para fazer	2	-1	1				
25. Me sinto incompreendido(a)	3	-2	1				
26. Tenho problemas intestinais	5	0	5				
27. Diante da situação, me sinto impotente	5	-1	4				
28. Eu estou tremendo	2	-1	1				
29. Me sinto esgotado(a), sem energia	5	-1	4				
30. Tenho dificuldade em organizar o meu tempo	2	0	2				

11.4.r. Tabela Paciente 18

PACIENTE 18							
ETE	ETE 1	ALTERAÇÃO	ETE 2	ETC	ETC 1	ALTERAÇÃO	ETC 2
1. Estou preocupado(a), atormentado(a) ou chateado(a)	1	0	1	1. Enfrento a situação	5	0	5
2. Minha garganta está apertada ou minha boca está seca	1	0	1	2. Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer	3	1	4
3. Me sinto ameaçado(a)	1	0	1	3. Tento não pensar no problema	5	0	5
4. Eu tenho um rosto tenso ou maxilares cerrados	1	0	1	4. Evito encontrar-me com pessoas	3	-1	2
5. Eu estou tenso(a)	1	0	1	5. Mudo a minha forma de viver	2	1	3
6. Me sinto pressionado(a) pelo tempo	1	0	1	6. Analiso a situação para melhor a compreender	5	0	5
7. Eu me sinto desanimado(a) ou deprimido(a)	1	0	1	7. Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto	3	0	3
8. Estou com um nó no estômago	1	0	1	8. Procuro atividades coletivas	1	2	3
9. Eu repasso as mesmas ideias, eu rumino	1	1	2	9. Sei o que tenho que fazer e redobro meus esforços para o alcançar	5	0	5
10. Eu mordo minhas unhas ou mordo meus lábios	1	0	1	10. Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades	4	1	5
11. Estou cansado(a)	1	0	1	11. Resisto ao desejo de agir, até que a situação me permita	4	1	5
12. Estou preocupado(a) se tiver que planejar meu futuro	1	0	1	12. Reajo como se o problema não existisse	5	0	5
13. Eu me sinto sozinho(a), isolado(a)	1	0	1	13. Procuro a ajuda dos amigos para acalmar a minha ansiedade	1	2	3
14. Estou chorando	1	0	1	14. Afasto-me dos outros	2	1	3
15. Não vejo as dificuldades que se acumulam	1	0	1	15. Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema	5	0	5
16. Meu coração está batendo rápido	1	0	1	16. Digo a mim próprio que este problema não tem importância	5	0	5
17. Eu fico agitado(a)	1	0	1	17. Centro-me noutras atividades para me distrair	4	1	5
18. Estou preocupado(a) com o que vai acontecer no dia seguinte	1	0	1	18. Reflito nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema	5	0	5
19. Tenho a impressão de que tudo exige de mim um esforço considerável	2	-1	1				
20. Eu tenho ondas de calor ou estou suando	1	0	1				
21. Eu sinto que estou perdendo o controle	3	-2	1				
22. Tenho dificuldade em respirar	1	0	1				
23. Tenho dificuldade em adormecer ou durmo mal	3	-2	1				
24. Esqueço compromissos, objetos ou coisas para fazer	3	-1	2				
25. Me sinto incompreendido(a)	1	0	1				
26. Tenho problemas intestinais	1	0	1				
27. Diante da situação, me sinto impotente	1	0	1				
28. Eu estou tremendo	2	-1	1				
29. Me sinto esgotado(a), sem energia	3	-2	1				
30. Tenho dificuldade em organizar o meu tempo	1	0	1				

11.4.s. Tabela Paciente 19

PACIENTE 19							
ETE	ETE 1	ALTERAÇÃO	ETE 2	ETC	ETC 1	ALTERAÇÃO	ETC 2
1. Estou preocupado(a), atormentado(a) ou chateado(a)	1	0	1	1. Enfrento a situação	5	0	5
2. Minha garganta está apertada ou minha boca está seca	3	0	3	2. Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer	1	0	1
3. Me sinto ameaçado(a)	1	0	1	3. Tento não pensar no problema	1	4	5
4. Eu tenho um rosto tenso ou maxilares cerrados	1	0	1	4. Evito encontrar-me com pessoas	1	0	1
5. Eu estou tenso(a)	1	0	1	5. Mudo a minha forma de viver	1	0	1
6. Me sinto pressionado(a) pelo tempo	1	0	1	6. Analiso a situação para melhor a compreender	1	4	5
7. Eu me sinto desanimado(a) ou deprimido(a)	1	0	1	7. Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto	1	0	1
8. Estou com um nó no estômago	1	0	1	8. Procuro atividades coletivas	1	4	5
9. Eu repasso as mesmas ideias, eu rumino	3	-2	1	9. Sei o que tenho que fazer e redobro meus esforços para o alcançar	5	-4	1
10. Eu mordo minhas unhas ou mordo meus lábios	1	0	1	10. Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades	5	-4	1
11. Estou cansado(a)	1	0	1	11. Resisto ao desejo de agir, até que a situação me permita	5	0	5
12. Estou preocupado(a) se tiver que planejar meu futuro	1	0	1	12. Reajo como se o problema não existisse	5	0	5
13. Eu me sinto sozinho(a), isolado(a)	1	0	1	13. Procuro a ajuda dos amigos para acalmar a minha ansiedade	5	0	5
14. Estou chorando	1	0	1	14. Afasto-me dos outros	5	-4	1
15. Não vejo as dificuldades que se acumulam	1	0	1	15. Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema	5	0	5
16. Meu coração está batendo rápido	1	0	1	16. Digo a mim próprio que este problema não tem importância	1	0	1
17. Eu fico agitado(a)	1	0	1	17. Centro-me noutras atividades para me distrair	5	0	5
18. Estou preocupado(a) com o que vai acontecer no dia seguinte	1	0	1	18. Reflito nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema	5	0	5
19. Tenho a impressão de que tudo exige de mim um esforço considerável	1	0	1				
20. Eu tenho ondas de calor ou estou suando	1	0	1				
21. Eu sinto que estou perdendo o controle	1	0	1				
22. Tenho dificuldade em respirar	1	0	1				
23. Tenho dificuldade em adormecer ou durmo mal	1	0	1				
24. Esqueço compromissos, objetos ou coisas para fazer	3	-2	1				
25. Me sinto incompreendido(a)	1	2	3				
26. Tenho problemas intestinais	1	0	1				
27. Diante da situação, me sinto impotente	1	0	1				
28. Eu estou tremendo	1	0	1				
29. Me sinto esgotado(a), sem energia	1	0	1				
30. Tenho dificuldade em organizar o meu tempo	1	2	3				

11.4.t. Tabela Paciente 20

PACIENTE 20							
ETE	ETE 1	ALTERAÇÃO	ETE 2	ETC	ETC 1	ALTERAÇÃO	ETC 2
1. Estou preocupado(a), atormentado(a) ou chateado(a)	3	-1	2	1. Enfrento a situação	5	-1	4
2. Minha garganta está apertada ou minha boca está seca	2	0	2	2. Trabalho em cooperação com outras pessoas para me esquecer	4	0	4
3. Me sinto ameaçado(a)	3	0	3	3. Tento não pensar no problema	4	0	4
4. Eu tenho um rosto tenso ou maxilares cerrados	1	0	1	4. Evito encontrar-me com pessoas	3	1	4
5. Eu estou tenso(a)	2	0	2	5. Mudo a minha forma de viver	3	0	3
6. Me sinto pressionado(a) pelo tempo	4	-1	3	6. Analiso a situação para melhor a compreender	3	0	3
7. Eu me sinto desanimado(a) ou deprimido(a)	4	-1	3	7. Sinto necessidade de partilhar com os que me são próximos, o que sinto	1	2	3
8. Estou com um nó no estômago	2	1	3	8. Procuro atividades coletivas	1	0	1
9. Eu repasso as mesmas ideias, eu rumino	2	1	3	9. Sei o que tenho que fazer e redobro meus esforços para o alcançar	2	0	2
10. Eu mordo minhas unhas ou mordo meus lábios	1	0	1	10. Chego a não sentir nada quando chegam as dificuldades	2	1	3
11. Estou cansado(a)	3	-1	2	11. Resisto ao desejo de agir, até que a situação me permita	1	2	3
12. Estou preocupado(a) se tiver que planejar meu futuro	4	-2	2	12. Reajo como se o problema não existisse	2	-1	1
13. Eu me sinto sozinho(a), isolado(a)	2	0	2	13. Procuro a ajuda dos amigos para acalmar a minha ansiedade	2	0	2
14. Estou chorando	1	0	1	14. Afasto-me dos outros	4	-1	3
15. Não vejo as dificuldades que se acumulam	2	0	2	15. Aceito a ideia de que é necessário que eu resolva o problema	2	1	3
16. Meu coração está batendo rápido	3	-1	2	16. Digo a mim próprio que este problema não tem importância	4	-1	3
17. Eu fico agitado(a)	2	0	2	17. Centro-me noutras atividades para me distrair	5	0	5
18. Estou preocupado(a) com o que vai acontecer no dia seguinte	3	0	3	18. Reflito nas estratégias que poderei utilizar para melhor resolver o problema	3	1	4
19. Tenho a impressão de que tudo exige de mim um esforço considerável	3	0	3				
20. Eu tenho ondas de calor ou estou suando	4	0	4				
21. Eu sinto que estou perdendo o controle	3	0	3				
22. Tenho dificuldade em respirar	3	0	3				
23. Tenho dificuldade em adormecer ou durmo mal	1	0	1				
24. Esqueço compromissos, objetos ou coisas para fazer	2	0	2				
25. Me sinto incompreendido(a)	2	0	2				
26. Tenho problemas intestinais	1	1	2				
27. Diante da situação, me sinto impotente	2	0	2				
28. Eu estou tremendo	1	1	2				
29. Me sinto esgotado(a), sem energia	2	0	2				
30. Tenho dificuldade em organizar o meu tempo	3	-1	2				