
UMA POSSIBILIDADE DE “MELHOR SAÚDE ” PARA PESSOAS COM DOENÇAS CRÔNICAS“: TERAPIA NARRATIVA

By Lúcia Helena Assis Abdalla

Uma senhora de 67 anos, a qual chamaremos de Maria, chega ao consultório indicada pelo seu clínico. Eu a cumprimento, pergunto sobre como ela tem estado e ela responde: - “Eu rezo todos os dias para que Deus tenha piedade de mim e me leve! Eu sou muito forte! Sobrevivi a uma separação horrorosa, a um câncer devastador, mas ninguém me entende. Todos afirmam que eu vivo criando problemas, que eu sou um problema!”

Pergunto se ela concorda com esse comentário e ela prossegue... “Tudo começou quando eu tinha cerca de 30 anos, me sentia muito nervosa, eu era muito instável. Foi no período em que o meu marido tinha uma outra pessoa, mas eu era louca por ele, não conseguia pensar em viver sem ele. Eu já tinha as minhas filhas e acredito que foi apenas por elas que eu continuei a viver. Logo depois começaram os problemas de saúde.

Sabe, eu já passei por muitos profissionais... há 28 anos tenho acompanhamento com cardiologista por conta da minha arritmia cardíaca, em 98 descobriram que sou portadora de córnea gutata, na pele sofro há anos de psoríase rosea, tenho o problema de fascite plantar, sem dizer que, de mulher, só possuo uma mama, me tiraram todo o resto, tudo! Hoje tomo um remédio para que o câncer não se manifeste que me dá dor nas juntas, minha vista está cada vez pior e os profissionais adiam a cirurgia porque eu corro o risco de ter que fazer um transplante de córnea. Ou seja, nem mais os meus livros eu posso ler!”

Assim como o dessa senhora, inúmeros são os casos que chegam aos nossos consultórios nos remetendo para um acentuado grau de impossibilidade, impenetrabilidade e falta de recursos diante da complexidade do quadro de co-morbidades.

A pergunta que normalmente nos fazemos diante desse quadro é: Existe algo a ser feito? Se sim, o quê? E como?

Desde 1976^{1 [1]} a OMS considera, na classificação da doença, sua conseqüência e desdobramento nas atividades diárias, passando a ser acrescido ao serviço da medicina o trabalho de reabilitação e segurança social, visando menos deficiência, incapacidade e desvantagem na vida do paciente.

Em paralelo, estudos recentes² argumentam que o aumento de doenças não transmissíveis é devido, paradoxalmente, ao aumento da expectativa de vida observado nas últimas décadas, associado às mudanças de estilo de vida que o desenvolvimento sócio-econômico provocou, principalmente no ocidente. Com base nesses dados, a OMS objetivou como meta para o século XXI a promoção de melhor saúde para todos, definindo “melhor saúde” como uma vida mais longa e de superior qualidade, com menos incapacidades e doenças.

^{1[1]} Amiralian M, 2000.

² OMS/OPS, 1998; 2006.

Maria, por exemplo, possuía uma boa condição financeira que lhe permitia o acesso aos melhores profissionais e tratamentos presentes na medicina atual. Mesmo assim, não conseguíamos visualizar a conquista de algum grau de conforto.

A palavra conforto, aliás, parecia muito distante do discurso da paciente. E será que existe alguma forma de propiciar conforto a uma pessoa repleta de dores? Podemos fazer algo para a vida não se resumir a uma patologia?

O desafio está em descobrir como nos relacionar com a cronicidade, utilizando o que possuímos de *saúde*, de tudo o que *não está* doente.

Encontrar o limiar e o olhar necessário para essa conexão não é simples. Muitas são as vezes que, diante de um atendimento como esse, o profissional de saúde termina se sentindo podado, completamente refém, doente também. É muito comum ficarmos presos à história da doença ou das doenças, presos às narrativas doentes do paciente. Tais narrativas se oriundam de entendimentos restritos, pouco amplos, reducionistas, que confundem o indivíduo com sua doença.

Para alterarmos esses entedimentos, precisamos mudar nossos paradigmas, nossas crenças, questionar nossas certezas, refletir sobre possibilidades. Temos de estar curiosos para conhecer territórios desconhecidos e conquistar coragem para experimentar situações que jamais imaginamos. Precisamos buscar, através do processo de re-autoria, escolher o tempero e ritmo que se quer dar à vida.

Quando exploramos esses temas nos distanciamos da doença, da cronicidade e, em consequência, nos aproximamos dos desejos, dos sonhos, do prazer de viver.

Foi justamente assim que a terapia narrativa, criada por M.White e D.Epston, começou a tratar de pacientes, muitos deles com patologias crônicas, que possuíam como questão principal a impenetrabilidade.

Nessa abordagem, o mais importante é se construir um vínculo terapêutico que seja pautado numa conversa diferenciada para o paciente, que produza sentido diante de tantas realidades de entendimentos sem sentido. Que priorize, enfim, o olhar das pessoas sobre suas próprias histórias.

A maneira de abordar o problema também é diferente, centrando-se, por exemplo, não só no que impede um paciente de aderir ao tratamento proposto mas, principalmente, em tudo aquilo que *favorece* tal iniciativa.

Visa, através da construção de novas histórias, transformar narrativas de fracasso em narrativas de possibilidades, encontrando caminhos que possam mudar a forma através da qual as pessoas se relacionam com seus problemas. Conseqüentemente, os problemas deixam de definir quem elas são.

O processo de “desidentificação” com o problema permite que as pessoas se sintam capazes de seguir em direção a sentidos diferentes e mais amplos de identidade, que saiam da história dominante com seus entendimentos negativos para experimentarem outras perspectivas de vida.

É uma abordagem colaborativa, que busca a construção de entendimentos relacionais éticos responsáveis, que coloca as pessoas no lugar de autoras e especialistas sobre suas vidas, aproveitando para isso suas habilidades, competências, crenças, valores e comprometeros.

Mas como tudo isso funciona na prática?

Voltando à questão explorada no começo do texto e refletindo sobre a capacidade de propiciar conforto a uma pessoa repleta de dores, relembro o dia em que essa paciente chegou para consulta se queixando de muita dor...

“Doutora Lúcia, eu só vim porque era a senhora, estou com muita dor! É a nevralgia do trigêmeo, não consigo nem falar direito!” , ela disse, segurando o rosto com as mãos. Meu primeiro pensamento foi o grande desafio: como eu poderia ao menos minimizar aquele desconforto? Como eu poderia ajudar?

Tive então a idéia de convidá-la para um café. “Mas já que a senhora veio, fico muito feliz em lhe ver! Que tal tomarmos um café enquanto a senhora me conta o que aconteceu?”

Aceitando o convite, ela comentou: “Quase não dormi essa noite de tanta dor, já tomei todos os remédios e a dor não passa!” Durante o café, conversamos sobre tudo o que havia acontecido, sobre os sentimentos que essas situações haviam despertado nela e sobre porque esses machucados doíam tanto.

Paulatinamente, seu semblante começou a mudar, a mão que apoiava o rosto buscava o biscoito que acompanhava o café e a situação já parecia diferente. Perguntei a ela sobre a dor e, com um sorriso nos lábios, ela respondeu: “Doutora Lúcia, não é possível, quase não sinto mais a dor! Como pode?”

“É esse café, ele foi feito com ingredientes muito diferentes”, brinquei. Ele era feito de atenção, construção de sentido e estudo de possibilidades.

Michael White costumava dizer – como as pessoas não vivem pelas exceções/resultados únicos, mas sim pelo enredo de suas vidas.

Na conversa durante o café fomos capazes de co-construir uma estória alternativa que prioriza a visão de Maria sobre suas próprias estórias, deixando claro para ela que ela não era o problema, que o problema era o problema.

LÚCIA HELENA ASSIS ABDALLA
PSICÓLOGA CLÍNICA – MEMBRO DA ATF/ABRATEF
luciahelena@terapianarrativa.com.br
