

**As Contribuições da Terapia Narrativa no Atendimento de Pacientes Idosos: Um
Estudo de Caso Clínico**

**The Contributions of Narrative Therapy in the Care of Elderly Patients: a Clinical Case
Study**

Michele Klotz da Rosa²²

Débora Silva de Oliveira²³

Resumo

O presente artigo tem por objetivo apresentar as possíveis contribuições e limitações da terapia narrativa no atendimento a pacientes idosos, grupo populacional em crescimento nas últimas décadas que apresenta significativa vulnerabilidade para doenças mentais, além de vivência mais frequente de perdas e lutos. A partir de estudo de caso clínico com uma paciente idosa em atendimento num serviço-escola de Psicologia, são apresentadas as narrativas de vida saturadas de problema da paciente, que chega à terapia apresentando sintomas depressivos e ansiosos. O levantamento dos aspectos teóricos deu-se por meio de revisão narrativa, que viabilizou a análise crítica de materiais relacionados às questões do ciclo vital familiar, do processo de envelhecimento, das repercussões do envelhecimento na saúde mental e das possíveis contribuições (e limitações) da terapia narrativa desenvolvida por White e Epston no atendimento à população idosa. Adicionalmente, foram apresentadas intervenções voltadas a favorecer a transformação das narrativas problemáticas, bem como a contribuir para o processo de elaboração do luto, um dos aspectos mais presentes nas

²² Acadêmica do curso de Psicologia da Escola de Ciências da Saúde e da Vida, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Coautora do artigo, que é requisito para aprovação na disciplina de Supervisão de Estágio B1.

²³ Coautora do presente artigo. Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria (2003) e em Sistemas de Informação pela Universidade Franciscana de Santa Maria (2000). Concluiu mestrado em Psicologia do Desenvolvimento pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2006) e doutorado por este mesmo Programa de Pós-Graduação na UFRGS (2010). É especialista em Terapia de Família e de Casal pelo Instituto da Família de Porto Alegre – INFAPA (2008) e em Psicologia Jurídica pela Faculdade do Ministério Público do Rio Grande do Sul (2009). Faz parte do corpo docente da Graduação em Psicologia da Escola de Ciências da Saúde e da Vida da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). É supervisora e coordenadora do Serviço de Psicologia do Centro de Reabilitação em Fissura Labiopalatina (CERLAP), da Faculdade de Odontologia da Escola de Ciências da Saúde e da Vida da PUCRS.

famílias no estágio tardio de vida. Externalizando o problema e apresentando a paciente às suas narrativas saturadas de problema, foi iniciada a desconstrução de algumas dessas narrativas problemáticas, em busca de resultados únicos, ou seja, de elementos de sua história que, por serem dissonantes dos discursos dominantes, vinham sendo por ela ignorados, sustentando seus sintomas psicopatológicos.

Palavras-chave: Terapia Narrativa, ansiedade, depressão, luto, idosos

Abstract

The present article aims to present the possible contributions and limitations of Narrative Therapy in the care of elderly patients, a population group that has been growing in the last decades and which presents significant vulnerability to mental illnesses, in addition to a more frequent experience of losses and mourning. Based on a clinical case study with an elderly patient in attendance at a Psychology School Service, this study presents the problem-saturated stories brought by the patient, who arrives at therapy with depressive and anxious symptoms. The survey of the theoretical aspects that were articulated to the clinical case presented took place through a narrative review, which enabled the critical analysis of materials related to issues of the family life cycle, the aging process, the repercussions of aging on mental health and of the possible contributions (and limitations) of the Narrative Therapy developed by White and Epston in serving the elderly population. Additionally, were addressed interventions aimed at favoring the transformation of these narratives, as well as contributing to the process of mourning, one of the most presents aspects in families in the late stage of life. Externalizing the problem and introducing the patient to her problem-saturated stories, we tried to start deconstructing some of these problematic narratives, in order to go in search of the unique results, that is, the elements of her story that, being dissonant of the dominant speeches, had been ignored by her, sustaining her psychopathological symptoms.

Keywords: Narrative Therapy, anxiety, depression, mourning, elderly

Introdução

O presente artigo buscou introduzir, inicialmente, dados estatísticos sobre o envelhecimento populacional, a prevalência de transtornos mentais entre a população idosa (ênfatizando a probabilidade de agravamento das taxas de prevalência em virtude da pandemia) e a frequente vivência de perdas e lutos inerentes à referida fase do ciclo vital. Na sequência, foram brevemente apresentadas a estrutura da Terapia Narrativa de Michael White²⁴ e David Epston²⁵, algumas de suas principais intervenções e possíveis limitações ao seu uso.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a expectativa de vida da população tem aumentado significativamente nos últimos 50 anos. Estima-se que até 2050, a população idosa no mundo atingirá 1,25 bilhão de pessoas, correspondendo a 22% da população total (Teixeira, 2017). Até 2025, a OMS prevê que o Brasil terá a sexta maior população de idosos do mundo (OMS, 2005). Esse crescimento no Brasil e, em especial no Estado do Rio Grande do Sul, também é retratado nos dados projetados pelo IBGE (2020), que estima que até 2060 corresponderá a **25,49%** e no Rio Grande do Sul a **29%**.

Ainda que se considere o processo de envelhecimento a partir de uma perspectiva mais otimista em termos de vitalidade e de funcionamento físico e psíquico, sabe-se que adultos acima de 65 anos de idade têm sido o grupo mais suscetível a doenças mentais (Walsh, 1995). Dentre os principais quadros presentes, estão as doenças cerebrais orgânicas, a depressão e a ansiedade (Teixeira, 2017). Ademais, podem se apresentar estados paranoides e risco de suicídio. Todos esses quadros costumam derivar justamente das dificuldades da família em se adaptar às transições e tarefas desse estágio tardio de vida (Walsh, 1995).

²⁴ Michael Kingsley White nasceu em 1948 na Austrália e faleceu em 2008 nos EUA. Assistente social graduado na University of South Australia em 1979, atuou como assistente social psiquiátrico no Hospital Infantil de Adelaide antes de iniciar seu trabalho como terapeuta familiar junto ao Dulwich Centre no início dos anos 1980. Em 1990, publicou, em parceria com David Epston, o livro *Narrative Means to Therapeutic Ends*, considerado o marco fundador da Terapia Narrativa.

²⁵ Nascido em 1944, no Canadá, David Epston iniciou seus estudos na University of British Columbia. Ao se mudar para a Nova Zelândia, concluiu seu bacharelado em Sociologia e Antropologia na Universidade de Auckland. De 1981 a 1987, atuou como terapeuta familiar consultor no Leslie Centre, em Auckland. Desde então, atua como codiretor do The Family Therapy Centre em Auckland.

Segundo Walsh (1995), a adaptação da família as transições e tarefas no estágio tardio de vida está diretamente relacionada aos padrões familiares que foram sendo desenvolvidos ao longo da vida no intuito de manter a estabilidade e a integração do sistema familiar. Mesmo que alguns desses padrões tenham sido adequados em um dado momento para a família, eles podem vir a se tornar disfuncionais diante da mudança do momento do ciclo vital de cada um de seus membros. O principal desafio das famílias nesse estágio costuma ser justamente a aceitação das mudanças nos papéis geracionais, sobretudo para a geração do meio, para quem a mudança do status relacional com os pais idosos costuma ser ainda mais desafiadora. Dentre as tarefas principais desse estágio, que costuma ser inaugurado com a saída do último filho de casa (o momento do ninho vazio), estão aspectos como: (i) o reencontro do casal enquanto díade; (ii) os ajustamentos relativos à aposentadoria e à perda de papéis sociais até então desempenhados; (iii) a perda de amigos e parentes; (iv) a viuvez, com toda a dificuldade de reorganização da vida para o cônjuge sobrevivente; (v) o declínio do vigor físico e o surgimento de problemas de saúde (algumas vezes impondo limitações nos hábitos e mudanças de rotina significativas); (vi) dificuldades financeiras, rearranjos de moradia e a eventual dependência de cuidadores, e; (vii) a incorporação de novos membros na família (por casamentos, nascimentos etc.).

Consoante visto, são inúmeras adaptações requeridas, tanto para a geração idosa, quanto para as gerações mais jovens, que, ao mesmo tempo que vivenciam as questões típicas do seu ciclo de vida individual e familiar, precisam lidar com a interação geracional cruzada (Walsh, 1995). Outros aspectos frequentemente vivenciados são situações envolvendo perdas e lutos, as quais costumam se intensificar em contextos de pandemia, como o atual, no qual também se estima um aumento da incidência de transtornos psíquicos de modo geral (OMS, 2009).

Nesse sentido, buscar-se-á refletir sobre as possíveis contribuições (e limitações) da Terapia Narrativa de White e Epston (1990) para o trabalho com indivíduos no estágio tardio de vida. Acredita-se no potencial desse modelo para o trabalho com essa fase do desenvolvimento sobretudo pela sua capacidade mais sofisticada de introspecção e reflexão,

com a qual se torna possível trabalhar na elaboração de uma narrativa coerente. Nesse trabalho, busca-se reinterpretar o passado, selecionar e dar forma a antigas memórias, e reafirmar a importância dos eventos passados na busca de um sentido de coerência para o presente (Cárdenas & Del Valle, 2015; Erickson, 2000; Izquierdo, 2005; Martín, 2008; Ocampo, & Londoño, 2007; Woodhead, Ivan, & Emery, 2013).

Outros aspectos que reforçam o potencial do modelo narrativo para o trabalho com idosos são: (i) o fato do foco de intervenção estar na transformação da narrativa problemática que costuma estar subjacente aos problemas psicológicos; (ii) a alta prevalência de quadros depressivos e ansiosos, quadros estes nos quais a terapia narrativa vem sendo utilizada de forma exitosa (Batista et al., 2018), e; (iii) a presença mais frequente de lutos e perdas nesse estágio do ciclo vital (Walsh, 1995).

Indispensável ressaltar, no entanto, que a efetividade da terapia narrativa pressupõe que as competências narrativas do cliente estejam preservadas (o que nem sempre ocorre com um cliente idoso) e que a história de vida seja contada a partir da influência de uma narrativa dominante. Também pressupõe, para que o trabalho de desconstrução que é realizado na terapia narrativa possa acontecer, que a história de vida tenha sentido e seja construída em torno de um tema central que organize a experiência, conferindo uma estrutura à narrativa. Consoante Batista et al. (2018), nas histórias de vida caracterizadas pelo sentimento da vida não ter sentido ou ter sido um desperdício (histórias sem sentido), procura-se aumentar o sentido de agência pessoal do cliente e, nas histórias caóticas (desestruturadas), o trabalho acaba sendo mais voltado para a organização dos episódios de vida mais relevantes.

O pressuposto básico de White e Epston é de que os dilemas apresentados pelos indivíduos costumam ser construídos por meio da linguagem, não residindo, portanto, dentro dos próprios indivíduos. É justamente por meio das histórias que são contadas e recontadas nas suas relações com outras pessoas histórias que são influenciadas por aspectos históricos, sociais e culturais (os chamados discursos dominantes), que, aos poucos, os indivíduos vão atribuindo sentido às suas experiências. Nas psicopatologias, são justamente esses sentidos atribuídos que costumam ser problemáticos (Morgan, 2007).

Por meio das práticas narrativas, busca-se explorar histórias que possam nunca ter sido contadas acerca do problema ou da experiência vivida. Histórias que, por serem dissonantes do discurso dominante e da narrativa saturada de problema, vêm sendo desconsideradas.

O processo terapêutico, nessa abordagem, dá-se em três fases que, segundo Batista et al. (2018), não são delimitadas, nem estanques, movimentando-se dinamicamente a todo momento, são elas:

- **Desconstrução:** em que se trabalham estratégias que visam questionar as “verdades” do indivíduo que sustentam a narrativa saturada de problema.
- **Reconstrução:** em que se objetiva a construção de narrativas alternativas, compreendendo outras formas de se relacionar com o problema.
- **Consolidação:** em que se busca justamente consolidar a narrativa de mudança no dia a dia do indivíduo (Batista et al., 2018).

Em relação às estratégias de trabalho comumente utilizadas no processo terapêutico e utilizadas no presente artigo, serão apresentadas a externalização do problema e a reautoria. Além disso, será apresentado o *re-membering*, estratégia presente, sobretudo, no trabalho com situações de luto.

(i) *Desconstrução da Narrativa Saturada de Problema via Externalização do Problema*

Segundo Lomando e Sigaran (2018), na externalização do problema, busca-se separar a identidade do paciente do problema por ele trazido. Ao invés de se trabalhar com uma “paciente depressiva” (ou seja, com o sintoma / patologia adjetivando a pessoa), costuma-se trabalhar a patologia (depressão) enquanto um substantivo, algo externo ao paciente com o qual este necessita lidar. Essa técnica é realizada em quatro passos:

a) definição particular do problema pelo paciente: momento em que o nomeia, atribui-lhe características (como tamanho, forma, cheiro, cor, gênero, aspecto etc.), identifica situações gatilho em que aparece, observa táticas, estratégias, planos e falas que costumam ser utilizados;

b) mapeamento dos efeitos do problema: momento em que o paciente elenca as consequências (sentimentos, impactos nas relações, dificuldades etc.) que o problema acarreta os diversos contextos de sua vida, bem como seus objetivos, sonhos, valores, perspectivas futuras de vida, enfim, naquilo que realmente importa em sua vida;

c) avaliação dos efeitos da atividade do problema: momento em que se convida o paciente para se posicionar frente aos efeitos que o problema tem causado em sua vida;

d) justificção da avaliação: momento em que o paciente reflete sobre como o problema o afasta de seus valores e princípios.

Na desconstrução da narrativa problemática, via de regra, surgem detalhes tais como intenções do indivíduo de se relacionar de forma diferente com o problema no futuro, comportamentos, emoções ou atitudes que desafiam a lógica do problema, o que White e Epston denominaram “Resultados Únicos”. Esses resultados únicos são justamente um meio para viabilizar o processo de reautoria, compreendendo o desenvolvimento de novos significados e novas experiências que acabaram sendo inicialmente desprezados pela influência da narrativa dominante (Batista et al., 2018).

(ii) *Reconstrução e Reautoria*

Nessa fase, busca-se favorecer a emergência de “Resultados Únicos”, as suas elaborações e a posterior reflexão desses aspectos (inicialmente dissonantes do discurso dominante e por isto desprezados) numa narrativa alternativa que seja coerente para o indivíduo. O principal foco, nessa fase, consiste na descrição dos sentimentos, dos comportamentos e das ações e de como o indivíduo acredita que seus Resultados Únicos são assimilados pelas pessoas que lhe são significativas (Batista et al., 2018).

Em outras palavras, parte-se do pressuposto de que para cada história contada pelo indivíduo (no caso das patologias e das narrativas saturadas de problemas), há muitas outras que estão silenciadas e que, muitas vezes, contradizem à narrativa dominante contada sobre o problema, sobre a experiência de vida ou sobre o self. No trabalho terapêutico, essas histórias não contadas (histórias alternativas) costumam ser investigadas visto que acabaram não ganhando notoriedade. Busca-se associar tais experiências a outras que também

desafiem a história saturada de problema, de modo que a história alternativa ganhe maior relevância, tornando-se menos vulnerável ao esquecimento e mais consistente (Vilela & Souza, 2020).

(iii) Consolidação da Narrativa Alternativa

A terceira fase do processo terapêutico tem por objetivo expandir e validar a narrativa alternativa construída na fase anterior, tendo em mira a construção de uma identidade alternativa para o indivíduo. É o momento em que as histórias alternativas precisam se concretizar no exterior para atingirem seu pleno potencial transformador. Segundo Batista et al. (2018), estratégias que costumam ser utilizadas nesta fase são: (i) batizar a nova narrativa (contrastando-a com a narrativa saturada de problema); (ii) criar audiências para a nova narrativa (buscando a validação social para a nova narrativa formulada no processo de reautoria), e; (iii) fomentar a reflexão e ancorar a mudança (o que costuma ser realizado por meio de cartas, nas quais se documenta o processo terapêutico e as novas narrativas).

(iv) Re-membering e o Trabalho com o Luto

O *re-membering* foi um conceito introduzido por Michael White a partir das ideias da antropóloga Barbara Myerhoff. White constrói uma metáfora relacionada ao que denominou “clube da vida”. Cada indivíduo tem o seu “clube da vida”, que é composto por pessoas vivas ou falecidas, personagens, animais, enfim, por todos aqueles que contribuíram para a construção do indivíduo como ele é, compreendendo, inclusive, suas crenças e seus valores. Considera-se que esses elementos do clube, por meio de suas diferentes ações e discursos, influenciam o modo de atuar e de viver do indivíduo (White, 2005).

Por meio do *re-membering*, o indivíduo é convidado a retomar e reorganizar quem são os membros do seu clube, já que o grau de importância e influência pode ser diferente ou mesmo se modificar com o passar dos anos. O pressuposto por trás da metáfora do clube da vida é o fato de o self ser construído nas relações, sendo, portanto, algo dinâmico.

No *re-membering*, o terapeuta trabalha perguntas voltadas a identificar quem são os membros de “clube da vida” e busca promover a reflexão sobre uma eventual necessidade de reorganizar o grupo de membros e/ou as suas funções (White, 2005). Essa estratégia mostra-

se bastante útil no trabalho de elaboração de processos de luto, seja na reorganização de funções ou participantes do clube, seja favorecendo a compreensão de que mesmo falecidos podem seguir sendo membros importantes no “clube da vida” (Batista et al., 2018).

Segundo Carr e White (1998), a expressão “*re-membering*” refere-se menos a um recordar do falecido e mais à ideia de um “voltar a ser membro” do clube. Nesse sentido, propõem a substituição da metáfora “dizer adeus” (comumente trabalhada em contextos de luto) pela metáfora “dizer olá novamente”. A proposta é de reintegração dos falecidos na vida do enlutado, mantendo viva a voz daqueles que se foram. Sustentam, ainda, que algumas reações negativas nas abordagens mais tradicionais do luto poderiam ser justamente um reflexo dessa necessidade dos enlutados de recordar seus falecidos e incorporá-los em suas vidas.

Importante notar que diferentemente de outras abordagens sistêmicas que têm como foco promover a diferenciação do self em relação à família de origem (a fim de evitar possíveis influências negativas), no modelo narrativo, a família e a rede social são vistas como um recurso e não como um déficit. Busca-se ajudar o indivíduo a encontrar membros da sua rede que tenham vivido experiências similares, incentivando tais relações como fonte de apoio social e um recurso na resolução de problemas (Carr & White, 1998).

Ao articular os elementos teóricos anteriormente expostos, o presente artigo tem por objetivo refletir sobre as possíveis contribuições e limitações da terapia narrativa no atendimento a pacientes idosos a partir de um estudo de caso clínico, grupo populacional em crescimento nas últimas décadas, que apresenta significativa vulnerabilidade para doenças mentais, além de vivência mais frequente de perdas e lutos.

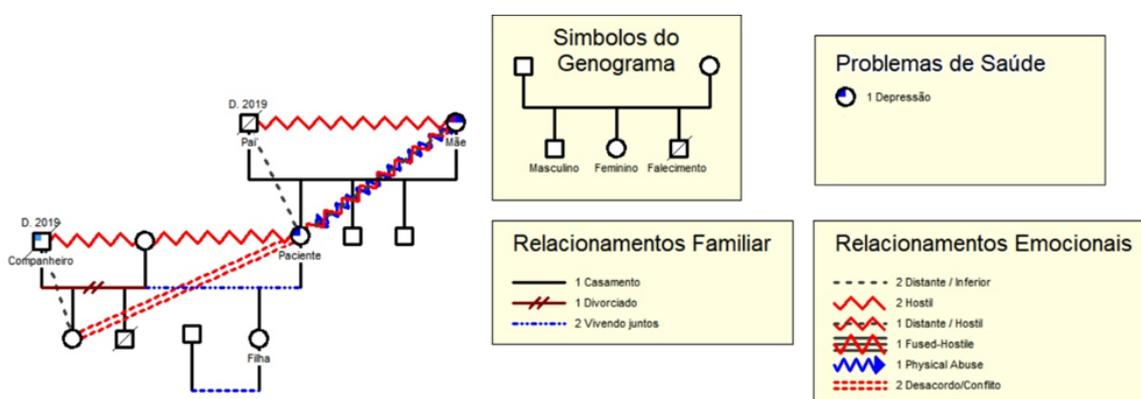
Método

O presente artigo, de natureza qualitativa, consiste em um estudo de caso único e clínico. Estudos de caso mostram-se especialmente interessantes nas pesquisas relacionadas à psicoterapia na medida em que favorecem a compreensão sobre o processo de mudança,

permitindo uma análise longitudinal e subjetiva do encontro terapêutico (Hilliard, 1993; Serralta, Nunes, & Eizirik, 2011).

Para o levantamento dos aspectos teóricos, primeiramente, foi realizada uma revisão narrativa mediante a identificação e seleção de livros e artigos científicos (preferencialmente dos últimos cinco anos) relacionados às temáticas tratadas ao longo do artigo. Tal método mostrou-se adequado na medida em que se tinha como objetivo realizar uma análise crítica de materiais para produção de conclusões de cunho mais qualitativo (Rother, 2007).

A partir dos elementos teóricos identificados, buscou-se articulá-los com os aspectos trabalhados no caso clínico, que compreendeu o atendimento individual sistêmico de uma paciente idosa com a seguinte configuração familiar:



Os atendimentos com a paciente ocorreram em um serviço-escola de Psicologia vinculado a uma universidade localizada no município de Porto Alegre e foram conduzidos em coterapia pela autora deste artigo, entre os meses de outubro e dezembro de 2020, sem equipe reflexiva tendo em vista as limitações sanitárias impostas pela pandemia.

Discussão do Caso

Laura (nome fictício) viveu com seu companheiro (de quem cuidava há vários anos por conta de uma doença degenerativa) em uma configuração familiar recasada (Carter & McGoldrick, 1995) que perdurou por décadas até sua morte, que ocorreu ao longo dos atendimentos. A relação com o companheiro foi marcada por hostilidade e por diversas infidelidades conjugais. Referia-se a ele como sendo alguém egoísta (só pensando nas suas

próprias necessidades). A filha do casal havia acabado de deixar a casa dos pais, de modo que a família vivia o momento do “ninho vazio”.

Os lutos foram presentes nas reflexões de Laura no sentido de que estava em luto por seu pai (falecido há poucos meses), pela saída da filha de casa, por amizades com quem perdera contato, além do luto (inicialmente antecipatório) por seu companheiro. De acordo com Walsh (1995), algumas das principais mudanças do estágio tardio de vida são os lutos vividos pelo ninho vazio (que costuma ser o marco inicial deste estágio), a morte de parentes, os problemas de saúde (que no caso foram do companheiro da paciente, que era por ela cuidado e que acabaram impondo limitações nos hábitos da família e mudanças de rotina significativos), e a posterior adaptação à viuvez.

As principais temáticas trazidas pela paciente se referiam à saudade do pai, ao cansaço em relação aos cuidados do companheiro e às dificuldades na relação com a filha e seu parceiro, situações que, segundo Walsh (1995), normalmente demandam adaptações tanto por parte dos membros idosos da família quanto dos mais jovens. Ainda de acordo com Walsh, o estado depressivo decorrente desse cenário poderia ocorrer, entre outros aspectos, justamente da dificuldade de adaptação às transições e tarefas desse estágio tardio da vida.

Por outro lado, ao mesmo tempo que vivenciava algumas perdas típicas do seu momento de vida, sua filha também se tornava independente, saindo da casa dos pais, algo que também era esperado para o seu momento do ciclo vital. Esse evento, que foi vivenciado como uma crise, reflete justamente a complexidade da interação geracional cruzada descrita por Walsh (1995). Uma complexidade relacionada aos membros lidarem cada um com as questões típicas do seu ciclo de vida individual e familiar, ao mesmo tempo que lidam com as questões típicas do ciclo de vida individual e familiar dos outros membros.

Diante do falecimento de seu companheiro, sentimentos de tristeza (pela perda), de alívio (pela sobrecarga que havia cessado), de raiva (pelas dificuldades jurídicas relacionadas ao inventário e decorrentes de nunca terem sido oficialmente casados) e de esperança (de iniciar uma nova etapa de sua vida) foram os principais aspectos trabalhados. Pode-se identificar que as competências narrativas da paciente estavam preservadas e que suas histórias de

vida foram contadas a partir da influência de discursos dominantes. Tais aspectos, consoante Batista et al. (2018), são essenciais para a efetividade da terapia narrativa, a qual não se mostra indicada no trabalho com pacientes com competências narrativas comprometidas (às vezes presentes em pacientes idosos), bem como diante de narrativas de vida caóticas ou sem sentido.

Outro aspecto trazido pela paciente foi a temática do desejo de viver uma nova vida, a qual a todo momento vinha sendo “bloqueada”, segundo ela, por circunstâncias alheias à sua vontade. Cita como exemplo a própria pandemia que acabou comprometendo seus planos de desfrutar a vida e reduziu seu contato social. De modo geral, ressentia-se por não ter sido “bem-sucedida” como outras amigas de sua juventude, sugerindo uma narrativa saturada de problema a ser desconstruída ao longo do processo terapêutico.

De acordo com White e Epston (1990), narrativas problemáticas incorporam diferentes interpretações da realidade, que são diretamente influenciadas pelos discursos dominantes na cultura do indivíduo, dando um sentido de coerência à sua vida. No caso da narrativa anterior, nota-se a influência de um discurso dominante sobre o que é ser bem-sucedido e uma narrativa saturada de problema que exclui a paciente do espectro de pessoas bem-sucedidas. Para a desconstrução dessa narrativa, movimento ainda não explorado com a paciente, White e Epston (1990) sugerem a exploração de histórias que podem nunca ter sido contadas acerca da experiência vivida, histórias que, por serem dissonantes do discurso dominante e de sua narrativa saturada de problema, têm sido por ela desconsideradas.

Visivelmente deprimida, Laura trouxe ao longo dos atendimentos narrativas saturadas de problemas que, de fato, pareciam sustentar seu quadro depressivo. Trouxe que na infância era “a rebelde” da casa e a “culpada” de tudo que acontecia em seu entorno. Ao longo de sua vida, narrativas em que se configura como culpada aparecem em muitos outros momentos. Como “culpada” pela destruição do primeiro casamento do companheiro (uma vez que tivera um relacionamento extraconjugal com esse), “culpada” por ter aberto mão de sua profissão para cuidar da casa, do companheiro e da filha, “culpada” por ter “traumatizado” a filha ao fazê-la presenciar seus momentos de desregulação emocional, “culpada” por ter permanecido

ao lado, e depois cuidado por tanto tempo, de um companheiro que a traía, “culpada” por não estar cuidando pessoalmente da mãe adoecida, entre outras culpas.

Tais narrativas, que adjetivam de forma pejorativa a sua identidade, demandaram justamente o trabalho de externalização do problema, conforme referido por Lomando e Sigaran (2018), a fim de separar a identidade da paciente do problema por ela trazido. Esse problema (de sentir-se sempre como a “culpada”) foi sendo construído ao longo de sua vida, na medida em que ia atribuindo sentido às suas experiências. Esse sentido acabou sendo problemático, dando margem ao surgimento de um estado de depressão, tal como sustentado por Morgan (2007).

Possivelmente influenciando a construção dessas narrativas problemáticas, observam-se novamente discursos dominantes, tais como: culpar a separação de um casal a uma terceira pessoa que interfere na relação (desconsiderando a causalidade circular que costuma conduzir à infidelidade e ao rompimento); discursos feministas que desafiam o papel tradicional da mulher como cuidadora “do lar” (quando se culpa por ter aberto mão de sua profissão); e discursos psicológicos prescritivos de como ser uma boa mãe e uma boa filha, dentre outros.

Em relação à sua família de origem, relata sua história com especial ênfase às relações de cuidado. Relações que mais se davam numa perspectiva de obrigação que sobrecarrega do que de um genuíno desejo de cuidar. Novamente, narrativas problemáticas sustentadas por discursos dominantes. Na busca de aspectos transgeracionais, identificou-se a mãe da paciente como a cuidadora exclusiva de vários filhos, sempre sobrecarregada pelo fato de o marido estar ausente em razão do trabalho. Já adulta, a paciente conta do processo de adoecimento de sua mãe, que trouxe severas limitações, fazendo com que seu pai (inicialmente ausente) passasse a ser o exclusivo cuidador da esposa.

Mais uma vez, o cuidado é trazido como obrigação, sobrecarga inescapável socialmente atribuída ao cônjuge, caracterizando uma narrativa problemática influenciada por um discurso dominante. Sua mãe, até então a exclusiva e “sobrecarregada cuidadora” dos filhos, passa então a ser a “egoísta”, por demandar cuidados e “não permitir o marido viver sua vida”.

Narrativa análoga ao cuidado de seu pai com sua mãe aparece na sua relação de cuidado com o falecido companheiro, o qual também foi descrito como “egoísta”, e igualmente encarado como obrigação que a sobrecarregava. A obrigação de cuidado da mãe adoecida também surgiu sob forma de “culpa por não a estar cuidando” pessoalmente. Nesta narrativa, relembra que quando seus avós adoeceram, sua mãe os cuidou pessoalmente até o fim, sem deixar os cuidados da casa, do marido e dos filhos. Observa-se aí mais um discurso dominante (White & Epston, 1990) de que os filhos devem cuidar dos pais, um cuidado pessoal e intransferível.

O cuidado também aparece indiretamente em outros âmbitos de sua vida, quando admite não conseguir dizer “não” aos outros. Nesse sentido, nota-se que em suas narrativas o ser cuidado e o não cuidar pessoalmente de alguém está associado a ser egoísta, induzindo o sentimento de culpa. O cuidar necessariamente pressupondo uma sobrecarga e um sacrifício pessoal, enquanto o autocuidado compreendido como ser egoísta. Essa relação entre ser cuidado e ser egoísta aparece inclusive na questão do autocuidado, que vinha sendo sistematicamente negligenciado pela paciente, potencializando seu estado depressivo (Morgan, 2007).

Após terem sido elencadas as histórias saturadas de problemas, buscou-se apresentá-las à paciente para apreciação e avaliação de seu sentido. Segundo seu relato, foi a primeira vez que pode se dar conta de que o cuidado efetivamente tinha em sua história pessoal tal significado e do quanto estava atrelado a um sentido de obrigação pessoal e de sobrecarga. Também foi utilizada a técnica da externalização do problema (White & Epston, 1990) com o objetivo de desconstruir a narrativa saturada de problema da paciente em relação ao seu self. A partir do relato de sentir-se “toda errada”, inferior às outras pessoas e com uma sensibilidade muito além do normal, foi solicitado que atribuísse um nome e uma forma para esse problema, projetando-o mentalmente como se estivesse presente na sessão.

Nesse momento, foi iniciado o primeiro passo da externalização do problema, passo este denominado por Lomando e Sigaran (2018), como a “definição particular do problema”. O nome e a forma dada foram a de um “cachorro vira-lata”, bem sofrido. Perguntou-se a ela se

esse cachorro falasse, o que ele diria, e sua resposta foi de que diria que se sente “rejeitado, abandonado e ignorado”. A paciente já traz aspectos relacionados ao segundo passo da externalização do problema, que compreende o mapeamento dos efeitos do problema (Lomando & Sigaran, 2018).

Questionada, na sequência, sobre porquê o cachorro se sentia assim, a paciente, visivelmente identificada com o cachorro, começa a narrar (emocionada) episódios de sua infância em que sofreu violências físicas perpetradas por sua mãe. O falar sobre a mãe, temática evitada pela paciente a todo custo (por ser “algo insignificante” em sua história), passa a ser compartilhada de forma emocionada.

Por meio desses relatos, foram construídas hipóteses de que a punição severa de sua mãe aos seus “erros” na infância (na verdade pequenos descuidos ou infortúnios infantis), poderia ter contribuído para o seu funcionamento adulto mais perfeccionista e preocupado, bem como para a sua hipersensibilidade. Tal funcionamento pode ser entendido como algo adaptativo em sua história: afinal, ao se tornar alguém vigilante, sensível ao menor sinal de desaprovação e buscando agir da forma mais perfeita possível, conseguia evitar as severas punições para os seus “erros”.

Como pode-se notar, o trabalho com Laura no momento em que este artigo foi escrito ainda se encontrava na fase de desconstrução, na qual se trabalhava a externalização do problema, buscando-se separar a identidade da paciente do problema por ela trazido (Batista et al., 2018). Ainda que Laura listasse seus lutos com certa frequência nos atendimentos, quando convidada a falar sobre eles, não se engajava (inviabilizando o trabalho de *remembering* proposto em algumas sessões) e dizia que a depressão sempre fora uma constante em sua vida. Manifestava o desejo de entender, por meio da terapia, porque era alguém tão sensível, preocupada e deprimida, um caminho que estava sendo trilhado juntamente com as coterapeutas.

A partir do processo terapêutico de Laura, pode-se evidenciar que são várias as narrativas saturadas de problemas que demandam desconstrução: a narrativa da culpa, a do cuidado enquanto obrigação (pessoal e intransferível) que sobrecarrega e a do egoísmo.

Considerando que as fases da terapia narrativa não são delimitadas, nem estanques, movimentando-se dinamicamente de modo a potencializar e interligar as mudanças obtidas em cada fase (Batista et al., 2018), as hipóteses de trabalho futuras com Laura compreendem auxiliá-la a identificar, na sua história de vida, exemplos de “resultados únicos”. Ou seja, exemplos de experiências dissonantes dos discursos dominantes que influenciaram as suas narrativas problemáticas e que por esta razão acabaram sendo por ela desprezadas.

O próximo passo do processo terapêutico será, portanto, relacionar esses resultados a narrativas alternativas que sejam coerentes, tal como sustentado por White e Epston (1990). Esses “resultados únicos” serão justamente o meio para viabilizar o seu processo de reautoria, que se consolidará por meio da expansão e validação de narrativas alternativas construídas, culminando com a construção de uma identidade alternativa (Batista et al., 2018).

Considerações Finais

O presente artigo teve por objetivo apresentar as possíveis contribuições e limitações da terapia narrativa no atendimento a pacientes idosos a partir de um caso clínico. Consoante demonstrado, idosos são um grupo populacional em crescimento, demandando um olhar mais acurado por parte da Psicologia, tendo em vista apresentarem significativa vulnerabilidade para doenças mentais e uma vivência mais frequente de perdas e lutos, especialmente em tempos pandêmicos.

Diante desse contexto, foi possível identificar o potencial do modelo narrativo para o trabalho com esse público-alvo em razão da capacidade mais sofisticada de introspecção e reflexão (normalmente presente em indivíduos mais maduros). Foi possível trabalhar na elaboração de uma narrativa coerente de vida, partindo-se da desconstrução das narrativas saturadas de problema que costumavam estar subjacentes aos problemas psicológicos.

Ressalva-se, contudo, como uma limitação, que a efetividade da terapia narrativa pressupõe que as competências narrativas do cliente estejam preservadas (o que nem sempre ocorre com um indivíduo idoso) e que a história de vida seja contada a partir da influência de uma narrativa dominante (Batista et al., 2018).

Foram brevemente retratadas, no processo terapêutico a partir do viés da terapia narrativa, suas fases (desconstrução, reconstrução e consolidação), bem como apresentadas algumas das estratégias de trabalho que costumam ser utilizadas como a externalização do problema, a reautoria e o trabalho de *re-membering*, este utilizado especificamente no trabalho com situações de luto.

Na articulação dos elementos teóricos ao caso clínico, foram apresentadas algumas narrativas saturadas de problemas, como a narrativa em que se via como “rebelde” e “culpada” de tudo que ocorria a sua volta, a narrativa do cuidado enquanto obrigação que sobrecarrega pessoalmente o cuidador e a narrativa do “cachorro vira-lata”, “desprezado por todos e malsucedido na vida”.

O processo terapêutico buscou, até o momento, justamente a desconstrução de tais narrativas para, em um segundo momento, trabalhar no levantamento de histórias alternativas que, por destoarem do discurso dominante, acabam sendo ignoradas durante a vida. Pelos insights proporcionados, acredita-se que o método narrativo esteja sendo bem-sucedido até o momento. Admite-se, no entanto, que tais resultados ainda são insipientes e não passíveis de generalização, tanto pelo fato de se tratar de estudo de caso clínico único, quanto pelo fato de o tratamento estar ainda em andamento.

Referências

- Batista, J., Magalhães, C., Pinheiro, P., Ribeiro, A., Rosa, C., Silva, J., & Gonçalves, M. M. (2018) Terapia narrativa de re-autoria. In Leal, I. (Coord.). *Psicoterapias*. (1ª ed., pp. 185-202). Lisboa: Pactor.
- Cárdenas, P., & Del valle, A. (2015). *La vida hasta el último minuto aportes desde la psicoterapia sistémica con adultos mayores, tres estudios de caso*. [Tese (Maestría em Psicología Clínica). Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana]. Recuperado de <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/19058/PerezCardenasAlejandraDelValle2015.pdf?sequence=1&isAllowed=n>
-

- Carr, A., & White, M. (1998). White's Narrative Therapy. *Contemporary Family Therapy*, 20(4): 485-503. <https://doi.org/10.1023/A:1021680116584>
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1995). *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Coutinho-Aerosa, S. V. (2012). *Envelhecimento humano: Realidade familiar e convívio social de idosos do Rio Grande do Sul (Brasil) e da Catalunha (Espanha)*. Porto Alegre: Editora Universitária da PUCRS (Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul), p. 51-64.
- Erikson, E. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, p. 77-83.
- Hilliard, R. B. (1993). Single-case methodology in psychotherapy process and outcome research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3): 373-380. <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.61.3.373>
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2020). *Projeções e estimativas da população do Brasil e das Unidades da Federação – 2020*. Recuperado de <https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/>
- Izquierdo, A. (2005). Psicología del desarrollo de la edad adulta. Teorías y contextos. *Revista Complutense de Educación*, 16(2): 601 – 619. Recuperado de <https://revistas.ucm.es/index.php/RCED/article/view/16845>
- Lomando, E., & Sigaran, C. (2018). TMS – Terapia dos Movimentos Sistêmicos (1ª ed., pp. 155-158). Porto Alegre: Arte em Livros.
- Martín, J. (2008) Psicoterapia en la edad tardía. *Clínica y Salud*, 19(1): 101-120. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/262552153_Psicoterapia_en_la_edad_tardia
- Morgan, A. (2007). *O que é terapia narrativa? Uma introdução de fácil leitura*. Porto Alegre: Centro de Estudos e Práticas Narrativas.
- Ocampo, J., & Londoño, I. (2007). Ciclo Vital individual: Vejez. *Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr.*, 21(3). Recuperado de https://www.acgg.org.co/pdf/pdf_revista_07/21-3.pdf
-

- Organização mundial da saúde – OMS (2005). *Envelhecimento Ativo: Uma política de saúde*. Trad. Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- Organização mundial da saúde – OMS (2009), Organização Pan-Americana da SAÚDE, Unidade de saúde mental, de abuso de substâncias e reabilitação (THS/MH). *Proteção da Saúde Mental em Situações de Epidemias*, THS/MH/06/1 (pp. 1-7). Recuperado de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Protecao-da-Saude-Mental-em-Situaciones-de-Epidemias--Portugues.pdf>
- Relvas, A., & Alarcão, M. (2001). Era uma vez quatro terapeutas e uma família – Narrativa de uma família. In M. Gonçalves, & O. Gonçalves (Coord.). *A construção conversacional da mudança*. Coimbra: Quarteto.
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2): v-vi. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso
- Serralta, F. B., Nunes, M. L. T., & Eizirik, C. L. (2011). Considerações metodológicas sobre o estudo de caso na pesquisa em psicoterapia. *Estudos de Psicologia*, 28(4): 501-510. Recuperado de <http://analytics.scielo.org/?journal=0103-166X&collection=scl>
- Teixeira, A. L., Diniz, B. S., & Malloy-Diniz, L. F. (2017). Psicogeriatría na prática clínica (pp. 43, 289-326). São Paulo: Pearson.
- Vilela e Souza, L., Lion, C. M., Vidotto, L. T., & Moscheta M. S. (2020). Recursos da Terapia Narrativa de sessão única em tempos de pandemia e isolamento social. *Revista Nova Perspectiva Sistêmica*, 29(67): 7-22. Recuperado de <https://www.revistanps.com.br/nps/article/view/571/442>
- Walsh, F. (1995). A família no estágio tardio da vida. In B. Carter, & M. McGoldrick. *As mudanças no ciclo de vida familiar: Uma estrutura para a terapia familiar* (2ª ed., pp. 269-287) (M, A. V. Veronese, Trad.). Porto Alegre: Artmed. (Trabalho original publicado em 1989)
- White & Epston, D. (1990). *Narrative menans to therapeutic ends*. New York: Norton.
-

White, M. (2005). Michael White Workshop Notes, 21 set 2005. Recuperado de <https://dulwichcentre.com.au/michael-white-workshop-notes.pdf>

Woodhead, E., Ivan, I., & Emery, E. (2013). Impact of Older Adults' Experience With Psychotherapy on Treatment Engagement. *Clinical Gerontologist*, 36(3): 260-273. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/271568038_Impact_of_Older_Adults%27_Experience_With_Psychotherapy_on_Treatment_Engagement

Endereço para correspondência:

debora.oliveira.01@puccs.br

Associação Gaúcha de Terapia Familiar – AGATEF