



Universidade do Minho
Instituto de Educação e Psicologia
Departamento de Psicologia

Coerência, complexidade e multiplicidade narrativas

no confronto com a seropositividade para o VIH

Gizela de Sousa Cardoso Rendo

Braga, Setembro de 2004

Gizela de Sousa Cardoso Rendo

**Coerência, complexidade e multiplicidade narrativas
no confronto com a seropositividade para o VIH**

Universidade do Minho

Instituto de Educação e Psicologia
Departamento de Psicologia

Braga, Setembro de 2004

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica, orientada pelo Professor Doutor Óscar F. Gonçalves do Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

Ao meu pai,
que me contou com a sua vida
as mais belas histórias de amor.

“A verdade só existe na experiência e apenas na experiência de cada um e, desde que seja relatada, torna-se história. É impossível demonstrar a verdade dos factos nem convém fazê-lo.

Deixemos os hábeis dialécticos debater sobre a verdade da vida. O que é importante é a própria vida. O que é real é que eu estou sentado ao lado desta lareira, neste espaço enegrecido pelo fumo do azeite, que vejo estas chamas a dançarem nos teus olhos, o que é verdade sou eu mesmo, é a sensação fugaz que acabo de sentir... Lá fora o nevoeiro caiu, as montanhas sombrias esfumaram-se, o som rápido do ribeiro ressoa em ti e isso basta.”

Gao Xingjian, *A Montanha da Alma*

AGRADECIMENTOS

Tal como a construção de histórias é sempre uma co-construção, também esta história de uma investigação seria impensável sem a co-existência das pessoas que participaram neste estudo... A elas o meu infinito obrigado!

Ao meu orientador, Professor Doutor Óscar Gonçalves, agradeço o caminho aberto na minha história pelas narrativas, o apoio, a energia do incentivo e a confiança na autonomia.

À Margarida, as horas roubadas à vida para a recriar em forma de produção de conhecimento, a crítica sempre, sempre pertinente... enfim, agradeço a incapacidade de seguir o caminho mais fácil!

Ao Professor Doutor Paulo Machado agradeço o dom de se fazer presente nos momentos chave, com uma disponibilidade e simpatia únicas...

À Dra. Patrícia Robalo, que amavelmente disponibilizou à equipa as narrativas analisadas neste estudo.

À Dra. Carla Martins pelo incansável apoio “estatístico”... obrigada por transformares os insondáveis números em palavras que contam histórias!

Às minhas colegas de Mestrado Inês, Lúcia, Lúcia, Bárbara ... pelas incontáveis viagens em que a partilha de diferentes histórias foi encurtando a distância entre Porto e Braga.

À Carla e à Xana em especial, companheiras desta e outras viagens... sem vocês não teria sido possível, nem esta nem outras viagens!

À minha mãe, agradeço a existência.

À minha irmã Joana, fazer tão parte de mim.

Ao Beto, agradeço a absoluta inspiração para escrever histórias com final feliz e o infinito amor que me ajudou a navegar por estas águas sabendo do porto seguro que construiu e de onde me olhou ao longo desta viagem.

Agradeço enfim ao meu pai que, estando hoje comigo em forma de luz, me ensinou desde que sou gente que “Onde há uma pessoa que sofre, há lugar para os nossos ouvidos atentos...”

RESUMO

O presente estudo constitui um olhar narrativo sobre a problemática do confronto com a seropositividade para o VIH. Tratando-se de um acontecimento que introduz uma importante descontinuidade na trajectória de vida dos indivíduos, torna urgente a construção de um novo discurso que permita a emergência de um novo equilíbrio. Partindo da amostra de narrativas recolhidas por Robalo (2000), de acordo com o paradigma experimental de Pennebaker, junto de 21 indivíduos em situação de confronto com a notícia de seropositividade para o VIH, desenvolvemos um estudo empírico com os objectivos de: a) caracterizar o discurso construído pelos sujeitos num primeiro momento de narração de si próprios no confronto com a referida notícia; b) determinar o sentido da evolução destas narrativas ao longo dos cinco dias de escrita. Em termos metodológicos, esta caracterização foi feita através da aplicação dos Manuais de Avaliação da Estrutura e Coerência, Processo e Complexidade e Conteúdo e Multiplicidade narrativas (Gonçalves *et al.*, 2000) às narrativas escritas pelos sujeitos no primeiro dia e às narrativas formadas pelo conjunto do texto escrito ao longo de cinco dias consecutivos, tal como é determinado pela tarefa experimental de Pennebaker. Os resultados apontaram para narrativas de primeiro dia frágeis em termos de coerência e multiplicidade narrativas, mas tendencialmente complexas. No que à evolução diz respeito, os resultados revelaram um aumento significativo ao nível das três dimensões estudadas.

ABSTRACT

This study describes a narrative approach to the assessment of patients' experience when faced with HIV seropositivity diagnosis. This event represents an important set back in an individual's life course, thus rendering urgent the reconstruction of the individual's discourse and allowing the emergence of a new balance. The narratives of 21 participants facing the news of HIV seropositivity, collected by Robalo (2000) and according to the Pennebaker experimental paradigm are the departure point of the empirical study developed with a twofold objective: a) to characterize the narratives constructed by the participants in a first moment of self-disclosure following the confrontation with the referred event; b) to determine the way in which these narratives evolved during a five-day writing period. In order to characterize the narratives, we applied the Evaluation Coding Manuals for the Analysis of Narrative Structure and Coherence, Process and Complexity and Content and Multiplicity (Gonçalves *et al.*, 2000) to the participants' written narratives on the first day and to the narratives constituted by the whole text written over the course of five consecutive days, as determined by Pennebaker's experimental task. The results showed that initial narratives are fragile in terms of structure coherence and content multiplicity, but tend to exhibit a certain degree of complexity in its processes. The results concerning the narrative evolution revealed a significant improvement in all three narrative dimensions studied.

ÍNDICE

Introdução	12
Parte I. Enquadramento Teórico	
1. Psicologia, saúde e seropositividade para o VIH	16
1.1. Psicologia e saúde	17
1.2. Psicologia e seropositividade para o VIH	24
2. Narrativas e saúde	45
2.1. A escrita terapêutica – Os estudos de James Pennebaker	47
2.2. Os modos narrativos em psicoterapia – O contributo de Lynne Angus	49
2.3. Estrutura, processo e conteúdo narrativos – A proposta de Óscar Gonçalves	52
3. Narrativas e seropositividade para o VIH	60
Parte II. Investigação da Estrutura, Processo e Conteúdo narrativos em indivíduos em situação de adaptação à seropositividade ao VIH	
1. Introdução	65
2. Metodologia	67
3. Resultados	76
4. Discussão dos resultados	85
Conclusões	96
Referências Bibliográficas	104

ÍNDICE DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1. Notas Globais das narrativas do primeiro dia	75
Figura 2. Estrutura das narrativas do primeiro dia	76
Figura 3. Processo das narrativas do primeiro dia	77
Figura 4. Conteúdo das narrativas do primeiro dia	77
Figura 5. Comparação entre narrativas totais e narrativas do primeiro dia para as notas globais da Estrutura e Coerência Narrativa	78
Figura 6. Comparação entre narrativas totais e narrativas do primeiro dia para os parâmetros Estrutura e Coerência Narrativa	79
Figura 7. Comparação entre narrativas totais e narrativas do primeiro dia para as notas globais do Processo e Complexidade Narrativa	79
Figura 8. Comparação entre narrativas totais e narrativas do primeiro dia para os parâmetros do Processo e Complexidade Narrativa	80
Figura 9. Comparação entre narrativas totais e narrativas do primeiro dia para as notas globais do Conteúdo e Multiplicidade Narrativa	81
Figura 10. Comparação entre narrativas totais e narrativas do primeiro dia para os parâmetros do Conteúdo e Multiplicidade Narrativa	81
Tabela 1. Acordo inter-observadores para o Manual da Estrutura e Coerência Narrativa	73
Tabela 2. Acordo inter-observadores para o Manual do Processo e Complexidade Narrativa	73
Tabela 3. Acordo inter-observadores para o Manual do Conteúdo e Multiplicidade Narrativa	73
Tabela 4. Médias (desvios-padrão) das classificações das narrativas do primeiro dia: notas globais, teste de Friedman e testes de Wilcoxon que revelaram diferenças significativas e notas por parâmetro de cada dimensão narrativa.	77
Tabela 5. Médias (desvios-padrão) das classificações das notas globais obtidas para as narrativas do primeiro dia e para as narrativas totais e testes de Wilcoxon que revelaram diferenças significativas.	82
Tabela 6. Médias (desvios-padrão) das classificações das notas obtidas em cada parâmetro da estrutura narrativa para as narrativas do primeiro dia e para as narrativas totais e testes de Wilcoxon que revelaram diferenças significativas.	82
Tabela 7. Médias (desvios-padrão) das classificações das notas obtidas em cada parâmetro do processo narrativo para as narrativas do primeiro dia e para as narrativas totais e testes de Wilcoxon que revelaram diferenças significativas.	82
Tabela 8. Médias (desvios-padrão) das classificações das notas obtidas em cada parâmetro do processo narrativo para as narrativas do primeiro dia e para as narrativas totais e testes de Wilcoxon que revelaram diferenças significativas.	83

INTRODUÇÃO

“Não tenho, nem ninguém tem a medida do seu futuro, no entanto eu sinto que o meu ficou... subitamente, muito pequeno, o que me faz sentir velho, confuso, inadaptado a esta velhice que por súbita e precoce, não me deixou tempo para a ela me ajustar.”

Sujeito 3, 3º dia de escrita

A seropositividade para o VIH, bem como a sua evolução no sentido do Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA), tem vindo progressivamente a distanciar-se da metáfora da “espada de Damócles” que a conota com uma sentença de morte a curto prazo. Antes, e devido em grande parte à evolução das terapias medicamentosas, tem vindo a consolidar-se o seu estatuto de doença crónica (Erlen *et al.*, 2001). A cronicidade e a debilitação insidiosa que caracterizam esta doença remetem-nos para a importância dos processos de adaptação psicológica implicados, tanto mais quanto se considerar a importância dos recursos psicológicos e dos estados emocionais na saúde física em geral (Salovey *et al.*, 2000, para uma revisão) e na saúde física de indivíduos infectados com o vírus da imunodeficiência humana em particular (Taylor *et al.*, 2000). Mais ainda, grande parte do sucesso no combate à enfermidade reside na adesão ao tratamento medicamentoso, uma dimensão particularmente problemática entre os indivíduos seropositivos ao VIH e estreitamente relacionada com variáveis psicológicas. Por exemplo, Carrera *et al.* (2002) descrevem uma estreita relação entre maior adesão ao tratamento e melhor saúde mental (auto e hetero-avaliada), sendo este apenas um dos muitos achados que enfatizam a importância dos aspectos psicológicos na compreensão e intervenção no processo de adaptação à seropositividade ao VIH e ao SIDA. Uma outra questão largamente estudada neste domínio diz respeito ao impacto da informação de resultados positivos no teste ao VIH, geralmente enquadrado como situação traumática ou acontecimento de vida gerador de stress (v. Guerra, 1994 para uma revisão). De facto, tem vindo a ser documentada a associação entre esta situação e uma ampla variedade de sintomas de perturbação psicológica tais como depressão, ansiedade, confusão, preocupação, desespero, sentimentos de impotência e desesperança e isolamento social (Penedo, 2001). Da mesma forma, as diferenças individuais que surgem neste processo de adaptação têm vindo a ser exploradas pela investigação de forma a esclarecer quais os aspectos que se relacionam

com uma adaptação mais positiva, mais funcional ou mais saudável. É a partir destas investigações que têm surgido propostas de intervenção psicológica, elas próprias alvo de estudo, visando uma adaptação mais construtiva. Mais ainda, a seropositividade para o VIH oferece-se como um campo de estudo particularmente fértil no que diz respeito ao esclarecimento da relação entre factores psicológicos e saúde física. É destes aspectos que daremos conta na parte 1 do Enquadramento Teórico do presente estudo.

A linguagem tem vindo, nos últimos anos, a assumir uma importância crescente como base comum de diferentes formas de intervenção psicológica que se têm demonstrado eficazes na redução da perturbação psicológica e na promoção de bem-estar físico e mental (v. Bucci, 1995; Pennebaker, 1997), passando de meio para aceder a realidades psicológicas mais profundas (como acontecia na intervenção de inspiração psicanalítica, por exemplo), a princípio e fim do processo psicoterapêutico (como acontece nas intervenções de carácter narrativo). Um olhar mais atento à história da psicologia permite-nos testemunhar desde os primórdios da disciplina o desenvolvimento de percursos teóricos, talvez paralelos aos mais convencionais, que assumem a construção de significados através da linguagem como elemento fundamental na construção da própria experiência (cf. Gonçalves, 2000). No entanto, é de facto nos últimos anos que se tem assistido à multiplicação de defensores desta posição, levando Harré e Gillett (1994) ao ponto de propor o estatuto de segunda revolução cognitiva ao actual movimento no sentido de colocar a linguagem num lugar central da construção do conhecimento e das próprias realidades. Será num quadro de leitura narrativo que será desenvolvido o presente estudo, depois de percebermos o encontro entre a importância da expressão emocional e da atribuição de significados na problemática da adaptação à seropositividade para o VIH com as perspectivas narrativas ao nível da intervenção psicológica. Assim, na parte 2 do Enquadramento Teórico do presente estudo serão descritos os modelos narrativos de intervenção de James Pennebaker (1999) e de Lynne Angus (1996) bem como o corpo de investigação que lhes está subjacente. A última abordagem descrita, a de Óscar Gonçalves (1995, 2000, 2004) será orientadora do presente estudo – trata-se de uma abordagem mais compreensiva baseada na proposta da Estrutura, Processo e Conteúdo Narrativos.

O campo da investigação empírica que cruza as teorias da narratividade com a questão da seropositividade para o VIH não se apresenta como especialmente fértil. No

entanto, apresentamos na parte 3 do Enquadramento Teórico deste trabalho as investigações que se servem de metodologias narrativas para esclarecer os processos psicológicos presentes neste domínio, para perceber que, na sua generalidade se centram apenas nos conteúdos do discurso ignorando outros aspectos da narratividade. É excepção o estudo de Robalo (2000) que se centra também nas dimensões processuais.

O estudo que desenvolvemos será descrito na segunda parte deste trabalho e pretende contribuir para uma melhor compreensão da organização narrativa na situação de confronto com a seropositividade para o VIH.

Partindo das narrativas recolhidas por Robalo (2000) ao longo de cinco dias de escrita (de acordo com o paradigma de Pennebaker), foi aplicado o sistema de avaliação da Estrutura, do Processo e do Conteúdo Narrativos proposto por Gonçalves *et al.* (2000). Assim, foram analisadas as narrativas construídas por 21 sujeitos nas dimensões da estrutura, processo e conteúdo narrativos no primeiro dia de escrita com o objectivo de caracterizar a produção narrativa num primeiro momento de confronto com a situação problemática. Seguidamente, foram analisadas nestas mesmas dimensões as narrativas constituídas pela totalidade do texto produzido ao longo de cinco dias de escrita. A sua comparação com as narrativas elaboradas no primeiro dia permitiu determinar o sentido da evolução das narrativas produzidas.

Finalmente, dedicamos a última parte desta dissertação à apresentação das principais conclusões delineadas a partir do estudo, bem como às suas limitações e sugestões para futuras investigações.

Parte I

Enquadramento Teórico

1. Psicologia, saúde e seropositividade para o VIH

A relação entre recursos psicológicos e bem-estar físico remete para uma viagem na história cujo ponto de partida remontará às filosofias orientais. Aliás, nos seus discursos, o actual Dalai-Lama recorre ao conhecimento trazido pela medicina contemporânea para justificar de forma mais inteligível para os seus interlocutores ocidentais os ensinamentos budistas milenares, afirmando por exemplo que “Segundo a medicina contemporânea, um estado mental positivo, ou paz mental, também é benéfico para a saúde física. Logo, mesmo do ponto de vista de nossa saúde, paz e calma mental são cada vez mais importantes. Isso mostra que o próprio corpo físico aprecia e responde à afeição humana, à humana paz de espírito. (...) A prática de compaixão também é imensamente benéfica para a saúde. De acordo com a medicina, os que tem mais compaixão, são mais interessados pelos outros, geralmente são mais saudáveis quando comparados com pessoas egoístas. Os egoístas sofrem mais frequentemente de enfartes e outras doenças” (Goleman, 2000).

Estes pressupostos encontram-se presentes já na civilização clássica – curiosamente com Hipócrates (500 AC), o pai da medicina, a mesma disciplina que, ao longo dos séculos, tem vindo a demarcar o seu território através da separação entre físico e mental, confiando sobretudo nas metodologias curativas físicas, na medicação, para resolver até os problemas a que se convencionou chamar doenças mentais. A ideia de que as emoções estão intimamente ligadas à saúde/doença também encontra expressão na Idade Média com Galeno (129-199 DC) e a sua convicção de que o balanço das “paixões” era fundamental para a saúde física. Este pressuposto permanece no Renascimento com Robert Burton (1621/1893), que afirmava o poder da acção da mente sobre o corpo através das paixões, que seriam capazes de originar desde mudanças miraculosas até à própria morte.

Desta forma, afigura-se pertinente abordarmos aqueles que nos parecem os aspectos mais relevantes da relação entre psicologia e saúde em geral, para de seguida nos focalizarmos naquela que é a temática do estudo que aqui propomos: a seropositividade ao VIH.

1.1. Psicologia e saúde

A breve revisão que propomos começa por salientar a importância dos aspectos psicológicos na gestão/ adaptação à doença, para se centrar em seguida no impacto biológico dos aspectos psicológicos.

1.1.1. Aspectos psicológicos no processo de adaptação à doença

Salovey *et al.* (2000) apontam a importância dos estados emocionais no reconhecimento ou interpretação de sintomas físicos, uma relação que tem sido amplamente estudada quer em contexto laboratorial, quer em contexto naturalista (Salovey *et al.*, 2000; Schwartz & Kline, 1995). Apesar de algum desacordo sobre a importância relativa de estados vs traços, parece ser indiscutível a existência de " (...) condições nas quais o estado de humor altera sistematicamente o relato de sintomas" (Salovey *et al.*, 2000, p. 111), sendo que os estados emocionais negativos estão mais associados a queixas somáticas do que os estados emocionais positivos. Mais ainda, os estados emocionais negativos (tristeza, por exemplo) podem aumentar a percepção de vulnerabilidade, diminuir a capacidade de compromisso com programas de tratamento e de envolvimento em comportamentos de promoção de saúde e influenciar negativamente os comportamentos de procura de ajuda (Salovey *et al.*, 2000; Carrera *et al.*, 2002; Carballo *et al.*, 2002).

No que diz respeito à relação entre resiliência psicológica e práticas de saúde adequadas, diversas investigações têm salientado o papel dos estados emocionais positivos fomentam o desenvolvimento de competências importantes na manutenção da saúde e na adaptação à doença, uma vez que estão associados: ao desenvolvimento da resiliência necessária para enfrentar um problema de saúde grave; à mobilização de recursos pessoais que permitem a inovação e a criatividade ao nível de pensamentos e acções; e ao planeamento de projectos a longo prazo (Salovey *et al.*, 2000). Por exemplo, o riso e o humor parecem mediar a relação entre acontecimentos de vida negativos e perturbações do humor e aumentar a tolerância para altos níveis de desconforto físico (Salovey *et al.*, 2000). Mais ainda, as experiências emocionais positivas em geral (suscitadas, por exemplo, pela recordação de

boas acções passadas) permitem aos indivíduos aceitar menos defensivamente informação ligada aos riscos de saúde (Salovey *et al.*, 2000).

Também o optimismo, a auto-estima e o sentido de controlo pessoal têm sido amplamente associados ao envolvimento em comportamentos adequados ao nível do tratamento de doenças e ao desenvolvimento de estratégias de coping activas “ (...) *which enable people to guard against or offset stressful events before their full implications may be felt*” (Taylor *et al.*, 2000, p. 100). De forma surpreendente, também as chamadas ilusões positivas (crenças positivas acerca do estado de saúde sem qualquer correlato médico que as comprove) parecem exercer um efeito psicológico protector que se torna útil em situações particularmente ameaçadoras (Taylor *et al.*, 2000).

Ainda a propósito da resiliência psicológica perante a doença, a atribuição de significados à experiência tem emergido como uma dimensão importante. A este propósito, Taylor (2000) defende que as ilusões positivas se tornam importantes no processo de adaptação à doença porque permitem a atribuição de um significado a esta experiência. A literatura ligada ao trauma tem salientado a função psicologicamente adaptativa desta dimensão (v. Taylor *et al.*, 2000, para uma revisão). Aliás, a importância da atribuição de significados está bem patente no trabalho experimental de Taylor *et al.* (2000). Estes autores estudaram o impacto das experiências traumáticas nas concepções pessoais sobre si e sobre o mundo e o consequente excesso de processamento cognitivo/ ruminação mental que geralmente envolvem as tentativas de conferir um sentido a um dado acontecimento. Os resultados encontrados sublinharam os potenciais efeitos física e psicologicamente nefastos do pensamento ruminativo na ausência da atribuição de significado. Este tipo de pensamento é comum em situações de confronto com acontecimentos em que os indivíduos vêm a sua saúde ameaçada.

Uma outra dimensão diz respeito à relação entre a experiência emocional, a elicitação de suporte social e a saúde. Sabe-se que um elevado suporte social está associado a índices de mortalidade mais baixos, a maior resistência a doenças infecciosas, a menor prevalência e incidência de doenças cardíacas e a recuperações mais rápidas de cirurgias ao coração. Esta relação poderá ser mediada pela experiência emocional: o suporte social pode baixar o stress perante uma situação ameaçadora, permitindo ao indivíduo sentir-se seguro, aumentando

assim a resiliência perante a doença e afastando o sentimento de solidão, associado a um aumento de queixas somáticas, depressão e sentimentos gerais de perturbação (Kiecolt-Glaser, 2002; Salovey *et al.*, 2000).

Sabemos que as variáveis psicológicas podem ter um importante impacto na saúde através do desenvolvimento de comportamentos saudáveis. O estilo de vida emerge como uma dimensão fundamental quando falamos de saúde, remetendo-nos para a questão dos comportamentos de risco. Fumar, comer em excesso e/ou ter uma dieta pobre, consumir álcool e/ou drogas, envolver-se em relações sexuais sem protecção, entre outros, são comportamentos que estão intimamente associados a expectativas de diminuição ou regulação de emoções negativas e de aumento de emoções prazerosas, ilustrando mais uma das vias de ligação entre dimensões psicológicas e saúde (Salovey *et al.*, 2000; Baum *et al.*, 1999). Este tipo de comportamentos tem sido associado a diferentes problemas de saúde, entre os quais doença cardiovascular, cancro e SIDA. Por outro lado, uma dieta equilibrada, exercício físico, sono reparador e relaxamento são considerados factores protectores, que tanto exercem um efeito directo nas fontes fisiológicas do risco, como indirecto, através da redução dos efeitos do stress e da indução de melhorias ao nível do humor.

Esta questão remete-nos para uma outra, que tem vindo a ser trabalhada desde a década de 60, a par dos avanços farmacológicos que permitiram o tratamento de diferentes patologias crónicas (como a hipertensão e o diabetes, por exemplo): a da adesão aos tratamentos. Têm sido estudados os factores que poderão estar associados a uma pior adesão, interessando-nos destacar aqui que *“Cada vez más se definen factores individuales más complejos en relación com modelos conductuales teóricos que relacionam los comportamientos sociales e personales ante la enfermedad com la adhesión terapêutica.”* (Carballo *et al.*, 2002, p. 27), sendo difícil definir um perfil sócio-demográfico (ao contrário do que se acreditava quando se começou a estudar esta problemática). As investigações realizadas apontam a sua associação a variáveis psicológicas como satisfação com o tratamento, crenças relacionadas com a saúde, teorias ingénuas sobre a doença ou a simples incompreensão ou esquecimento das instruções (Baum *et al.*, 1999). Também o stress pode estar associado a efeitos negativos nesta dimensão, devido ao aumento de falhas de memória, diminuição da satisfação e a alterações ao nível da receptividade e da flexibilidade necessária

ao ajustamento às necessidades do tratamento. (Baum *et al.*, 1999). Mais ainda, a adesão ao tratamento sofre a influência de factores ligados à qualidade da relação médico-paciente, de factores ligados à própria doença (a adesão parece ser maior em doenças sintomáticas, não incapacitantes e agudas, por exemplo), de factores ligados ao próprio tratamento (obrigatoriedade de mudanças no estilo de vida, maior duração, maior quantidade, variedade e número de tomas de medicação, o aparecimento de reacções secundárias adversas, dificuldade de obtenção dos medicamentos e problemas de manejo dos mesmos são alguns preditores de uma menor adesão) e, finalmente, de factores ligados à rede de apoio e estruturas assistenciais (v. Baum *et al.*, 1999 e Carballo *et al.*, 2002 para uma revisão mais profunda).

1.1.2. O impacto biológico dos aspectos psicológicos

Uma das vias através das quais os factores psicossociais ou comportamentais exercem influência sobre a saúde envolve as mudanças biológicas que ocorrem antes, durante ou após reacções emocionais ou padrões comportamentais. A discussão e a investigação em torno deste tema atravessaram os séculos e encontram-se ainda em aberto nos nossos dias, com os avanços da investigação que levaram alguns autores a propor um novo ramo da ciência: a psiconeuroimunoendocrinologia, definida por Anderson (2002) como “ (...) *the term describing the unity of mental, neurological, hormonal and immune functions with its many potential applications (...) it addresses the influence of the cognitive images of the mind (whatever its elusive definition) on the central nervous system and consequent interactions with the endocrine and immune systems.*” (p. 1).

Salovey *et al.* (2000) realizaram uma revisão dos estudos sobre a importância dos estados emocionais na manutenção da saúde física e no combate às enfermidades, sendo que uma das linhas de investigação identificadas neste domínio diz respeito precisamente ao efeito directo dos estados emocionais na imunidade e na doença. Diversos investigadores defendem que os estados emocionais negativos estão geralmente relacionados com padrões não saudáveis de funcionamento fisiológico, enquanto que os estados emocionais positivos estão ligados a padrões de funcionamento fisiológico saudáveis ao nível da actividade cardiovascular

e do sistema imunitário (Salovey et al., 2000; Schwartz & Kline, 1995). Kiecolt-Glaser *et al.* (2002), também numa revisão sobre o impacto das emoções negativas ao nível da saúde física, apresentam uma ampla variedade de estudos para concluir que, de facto, este tipo de emoções se encontra associado a diversas doenças cujo aparecimento e progressão pode ser influenciado pelo sistema imunitário. Os autores explicam que a produção de citocinas pró-inflamatórias que influenciam o estado de saúde em situações como doença cardiovascular, osteoporose, artrite, diabetes do tipo 2, alguns cancros, doença de Alzheimer, entre outras, pode ser directamente estimulada por emoções negativas e experiências geradoras de stress. Mais ainda, defendem que as emoções negativas contribuem para o prolongar de infecções e para o retardar de processos de cicatrização, processos que são alimentados pela produção de citocinas pró-inflamatórias. Nesta mesma linha, apresentam evidências de que a desregulação imunitária relacionada com a perturbação emocional poderá ser um mecanismo nuclear por detrás de um conjunto vasto e diverso de riscos de saúde associados às emoções negativas. Defendem também que recursos que diminuam as emoções negativas (tal como relações interpessoais fortes) contribuem para a melhoria do estado de saúde devido, em parte, ao seu impacto positivo na regulação imunitária e endócrina. Na base destas asserções estão principalmente estudos que, recorrendo à manipulação experimental de estados de humor e à observação da resposta imunológica consequente, apresentaram fortes evidências de que estados de humor negativos aumentam a susceptibilidade à doença. Esta relação parece ser mediada pelo sistema imunitário, uma vez que "estudos de laboratório que manipulam experimentalmente os estados de humor fornecem evidências convergentes da influência causal dos estados afectivos no funcionamento do sistema imunitário"(Salovey *et al.*, 2000, p.111).

Ora, se os estados emocionais negativos têm um impacto negativo ao nível imunitário (Salovey *et al.*, 2000), poder-se-ia concluir que a sua supressão teria um impacto imunológico positivo. No entanto, existe evidência empírica de que assim não acontece... Schwartz & Kline (1995) apontam que o estilo de coping repressivo está associado a respostas comportamentais e fisiológicas iguais ou superiores às de indivíduos ansiosos. Defendem assim que a repressão põe em jogo um mecanismo de inibição activa, motivado pela necessidade de auto-protecção, pelo que os indivíduos desenvolveriam estilos emocionais defensivos de forma a preservar

adaptativamente a sua saúde (Schwartz & Kline, 1995). Ainda assim, apesar dos benefícios a curto prazo, a repressão da expressão de estados emocionais (tanto negativos como positivos) parece conduzir a consequências negativas a longo prazo ao nível da diminuição da eficácia imunitária (v. Schwartz, 1990 para uma revisão), ao nível do sistema cardiovascular e do desenvolvimento de cancro (Salovey et al., 2000). De forma congruente, Petrie, Booth e Davidson (1995) numa revisão dos estudos realizados neste domínio concluem que existem fortes evidências de que competências reduzidas ao nível da expressão emocional têm um impacto negativo na função imunológica e aumentam o risco de problemas de saúde.

Assim, se a repressão emocional afecta negativamente a saúde, seria legítimo assumir que a expressão emocional deverá afectar positivamente o desenvolvimento da resposta imunitária (Petrie *et al.*, 1995). A investigação empírica tem fundamentado esta asserção através de estudos em contexto laboratorial que permitiram observar melhorias na reactividade dos linfócitos a mitogeneses, na actividade das células “natural-killer”, nos níveis de imunoglobina A, nos indicadores de anti-corpos do vírus Epstein-Barr, na resposta à vacinação para a hepatite B, entre outros (v. Petrie *et al.*, 1995, para uma revisão).

Schwartz & Kline (1995) sugerem que os auto-relatos emocionais de indivíduos defensivos deverão revelar alguma pobreza ao nível da expressão emocional. No entanto, à medida que se sentem mais confortáveis e desenvolvem competências na exploração e expressão do que sentem, estas diferenças reflectem-se na diminuição de indicadores fisiológicos da ansiedade e no aumento da actividade de células “natural-killer”. Estes estudos levantam a questão da mudança ao nível da expressão emocional. Tendo em conta que esta é uma dimensão central dos processos psicoterapêuticos (Gonçalves & Machado, 2000), faz sentido recorrer aos estudos de efeitos fisiológicos de diversas psicoterapias para corroborar a importância da expressão emocional na saúde. Pennebaker (1993), numa revisão destes estudos, concluiu que os doentes que se envolvem em processos psicoterapêuticos a par com os tratamentos médicos apresentam melhorias no seu estado de saúde significativamente superiores aos que não o fazem.

Também Kiecolt-Glaser *et al.* (2002) defendem que recursos que diminuem as emoções negativas (tal como relações interpessoais fortes) contribuem para a melhoria do estado de saúde devido, em parte, ao seu impacto positivo na regulação imunitária e

endócrina. Na base destas asserções estão principalmente estudos que recorrem à manipulação experimental de estados de humor e à observação da resposta imunológica consequente, bem como investigações não laboratoriais baseadas na monitorização dos estados de saúde e no auto-relato, nomeadamente ao nível dos estilos de coping. Concretizando, Kiecolt-Glaser *et al.* (2002) salientam o papel da depressão, da ansiedade e da hostilidade na morbilidade e mortalidade, defendendo que *“Distress-related immune dysregulation may be one core mechanism behind a large and diverse set of health risks associated with negative emotions.”* (p. 2). Baum & Posluszny (1999), por seu lado, evidenciam o papel do stress defendendo que *“Persistent, sustained physiological arousal or frequent, rapid increases in arousal have a range of consequences, including wear and tear on arteries and coronary vessels, formation of thrombi, suppression of host resistance, and other direct biological effect.”* (p. 4). Apontam ainda que os acontecimentos emocionais, tal como o stress, podem ser vistos como acontecimentos neuronais, que despoletam respostas particulares pré-definidas pela evolução da espécie mas também moldadas pelas experiências individuais que lhe dão forma e conteúdo. Assim, ganha sentido a importância dos mecanismos de coping como mediadores desta relação (Baum *et al.*, 1999). Várias investigações indicam que o recurso ao humor, o optimismo, a hostilidade e a rigidez constituem estilos de coping intimamente relacionadas com o estado de saúde física e com o sistema imunitário em particular (v. Salovey *et al.*, 2000).

Na área do impacto dos aspectos cognitivos foi realizado um conjunto de estudos interessantes¹ por Taylor *et al.* (2000), que encontraram evidências para o efeito fisiológico prejudicial do excessivo processamento cognitivo/ pensamento ruminativo como consequência de uma experiência traumática (como o facto de estar ou saber-se doente) na ausência de atribuição de significado.

Apesar de controversos devido ao recurso a diferentes metodologias, os estudos sobre o impacto biológico de variáveis psicológicas parece constituir um corpo de conhecimento cada vez mais consistente, abrindo assim caminho a uma série de estratégias de intervenção na área da promoção da saúde e da adaptação à doença que poderão resultar, em última instância, na melhoria da própria saúde física.

¹ Já referidos na secção anterior anterior.

Podemos assim concluir que a relação entre aspectos psicológicos e saúde se desenha através de uma rede complexa de interacções entre diferentes variáveis que se interpenetram para configurar um quadro mais ou menos favorável à progressão do estado de doença. Os estados emocionais e a sua expressão, os estilos de coping em geral e as competências de adaptação a situações de vida geradoras de stress em particular, a percepção de vulnerabilidade e de controlo, a auto-estima, a percepção de apoio social e a capacidade de construir um significado para as experiências de vida são alguns dos constructos que a investigação tem explorado na tentativa de clarificar as malhas desta rede e que parecem estar associados, na sua vertente mais positiva, a um melhor estado de saúde, quer pelo impacto directo em indicadores somáticos (ao nível do sistema imunitário ou do funcionamento cardiovascular, por exemplo) quer pelas implicações comportamentais (nomeadamente ao nível da procura de ajuda, do cumprimento dos programas de tratamento e do envolvimento em rotinas mais saudáveis).

1.2. Psicologia e seropositividade para o VIH

Numa aproximação à temática do estudo a apresentar, dar-se-à agora conta do que diz a investigação acerca das reacções psicológicas à seropositividade ao VIH nos seus aspectos gerais. Seguidamente, e uma vez que o processo de adaptação a esta nova condição se reveste de uma enorme diversidade, serão apresentados dados de investigações que salientam a importância de diferentes dimensões psicossociais e psicológicas neste mesmo processo. Finalmente, daremos conta de alguns aspectos da investigação que defendem que estas mesmas dimensões psicológicas não só facilitam e enriquecem o processo psicológico de adaptação ao VIH como também interferem positivamente com o próprio curso da doença.

1.2.1 Aspectos gerais

"Parece que o mundo desabou a meus pés, nada me consola, nada me dá alento. Sinto-me como um condenado à morte."

Sujeito 4, 1º dia de escrita

Tem vindo a ser documentada uma ampla variedade de sintomas de perturbação psicológica na sequência da informação de resultados positivos no teste ao VIH, tais como depressão, ansiedade, confusão, preocupação, desespero, sentimentos de impotência e desesperança e isolamento social (Penedo, 2001; Schneiderman *et al.*, 2003).

Um primeiro aspecto a salientar será o choque inicial, que é referido pela generalidade da literatura sobre este assunto (Guerra, 1994). A incerteza assume também um papel essencial (Griffin *et al.*, 1997), e estará ligada à questão do controle pessoal: Miller *et al.* (1989) refere que os indivíduos infectados pelo VIH tendem a sentir que têm um controlo muito reduzido sobre as suas opções, mostrando dificuldade em ver-se como agentes da sua própria vida. A "medicalização" intensiva a que geralmente são sujeitos (séries de análises e contra-análises, observações e exames, tomas de medicação...) alimenta esta sensação de perda de identidade e de controlo. Mais ainda, se o estado físico o exigir, o paciente poderá ser obrigado a interromper as suas ocupações, o que o coloca numa situação de dependência.

A depressão tem sido uma das dimensões mais estudadas. De facto, estudos com diferentes sub-populações de sujeitos seropositivos ao VIH apontaram para a presença de sintomas depressivos em indivíduos hemofílicos, em toxicodependentes, em indivíduos homossexuais e bissexuais (v. Griffin *et al.*, 1997; Dickey *et al.*, 1999) e mesmo em habitantes de zonas rurais (Heckman *et al.*, 2004), para apenas citar alguns exemplos. Mais ainda, estes pacientes parecem preencher os critérios para integrar um grupo de risco no que diz respeito ao suicídio, já que enfrentam um acontecimento traumático recente, muitos estão deprimidos, alguns encontram-se social e familiarmente isolados, e poderão estar a fazer face a uma situação económica difícil.

Também a ansiedade parece fazer parte da constelação de sintomas observados na reacção à notícia da seropositividade ao VIH. Miller *et al.* (1989) associa esta manifestação ao medo de uma morte prematura e dolorosa, à incerteza sobre o prognóstico e evolução da doença, aos efeitos da medicação e do tratamento, às reacções dos outros significativos, ao

estado do companheiro/a e ao risco de infecção de outros. Miller *et al.* (1989) refere ainda a revolta, a culpa e o desenvolvimento de preocupações ou comportamentos obsessivos.

Estes aspectos são confirmados por Gallego *et al.* (2000), quando afirmam que os indivíduos seropositivos ao VIH, de forma semelhante aos que sofrem de outras doenças orgânicas graves, tendem a apresentar maiores índices de perturbação psicológica. No entanto, a infecção pelo VIH está ainda associada às dificuldades despoletadas pelo facto de se tratar de uma doença estigmatizante, associada a estilos de vida desviantes, pelo que tem um impacto particularmente negativo ao nível da auto-estima (Miller *et al.*, 1989). Ainda de acordo com este autor, muitos pacientes associam a infecção a um "castigo merecido" devido à sua conduta (seja de grande diversidade de parceiros sexuais, homossexualidade ou consumo de drogas), o que se associa ao desenvolvimento de acentuados sentimentos de culpa. Este sentimento é reforçado pelas comuns reacções de afastamento dos amigos/família/colegas de trabalho quando o diagnóstico se torna conhecido.

Goldmeier (1987) integra estes sintomas numa sistematização em que propõe a passagem por oito estádios de adaptação à seropositividade definidos em função de diferentes sentimentos ou tarefas: choque, negação, culpa e revolta, aceitação e desenvolvimento de um novo estilo de vida, altruísmo, tristeza, paz e confronto com a morte. Na mesma linha, Kübler-Ross (1989) propôs uma conceptualização da adaptação à doença fatal e ao processo de morrer baseada em 5 fases pelas quais cada indivíduo poderia passar (negação, revolta, contrato mágico ou negociação, depressão e aceitação), identificadas com cinco formas diferentes de gerir a perda da sua imagem como indivíduo saudável.

Mas o facto de estas propostas assentarem numa progressão de fases não implica forçosamente que estas se sucedam na ordem prevista, nem sequer que todos os indivíduos passem por cada uma destas fases. Saber-se seropositivo para o VIH não é determinante causal de uma série de reacções. Antes, como todo o ruído introduzido numa trajectória de vida, abre a história de cada pessoa a diversas possibilidades de resolução². Vejamos

² Aliás, este tema tem sido conceptualizado com referência a diferentes abordagens teóricas que colocam a sua ênfase no conceito de crise na biografia que incluem os contributos de índole desenvolvimental de Erikson e de Caplan, as formulações de inspiração analítica de Jung e de Balint, bem como modelos teóricos construídos em torno do conceito de transição, como o de Schlossberg ou Moos (v. Guerra 1994, 1998 para uma revisão). Não iremos aqui desenvolver em pormenor estes contributos já que a nossa proposta assenta numa abordagem narrativa cognitivo-construtivista que será descrita adiante.

seguidamente o que nos diz a investigação empírica sobre os factores que podem fazer variar este processo num de vários sentidos...

1.2.2. Factores que diferenciam o processo de adaptação à seropositividade

"Como irá ser agora a vida a dois na cama, a três em casa? Como irá ser o meu dia de amanhã, e o do mês que vem e será que tenho dia daqui a um ano...ou serei mais um morto vivo com os dias contados, arrastando-me de hospital em hospital a procurar a vida onde só há morte..."

Sujeito 1, 1º dia de escrita

Tendo sido abordados os aspectos psicológicos da adaptação à infecção pelo VIH que parecem ser mais ou menos comuns a todos os indivíduos, abre-se agora lugar ao que os diferencia. Dito de uma outra forma, a investigação nesta área tem-se dedicado a compreender quais os factores psicológicos que podemos associar a uma melhor adaptação e quais os que se ligam a processos de adaptação mais problemáticos. De um modo geral, uma melhor adaptação é conceptualizada como ausência de psicopatologia e/ou desenvolvimento de atitudes construtivas na sequência do surgimento do problema, enquanto que uma adaptação problemática se traduz pela presença de sintomas de perturbação psicológica.

Uma sistematização possível é apresentada por Guerra (1998), que encontra na literatura três tipos de atitudes perante a exigência da adaptação à seropositividade: de indiferença, negativas e positivas. As primeiras estarão ligadas ao prolongamento dos mecanismos de negação como estratégias de coping, as segundas traduzem o desenvolvimento e a manutenção de uma constelação de sintomas de perturbação psicológica (depressão, ansiedade, comportamentos auto-destrutivos, ideação suicida...) e as terceiras caracterizam-se pela evolução num sentido construtivo, pela implementação de mudanças no estilo de vida que traduzem uma adaptação saudável à problemática e pela ausência de perturbação psicológica. (Guerra, 1994, 1998).

Assim, cada indivíduo irá, a partir da introdução deste novo acontecimento na sua história, construir uma relação consigo próprio, com os outros e com o mundo seguramente diferente da anterior. De que depende esta construção, que factores interferem neste processo adaptativo? Citando Dickey *et al.* (1999), *"Any association of VIH status and mental health will depend largely on other psychosocial characteristics that foster vulnerability or resistance to distress."* (p. 4).

Características socio-demográficas

As características socio-demográficas associadas à morbilidade psiquiátrica em geral são referidas por Gallego *et al.* (2000) como as mesmas que predizem uma pior adaptação à seropositividade ao VIH: mais idade, menor nível educacional, sexo feminino, baixo rendimento económico e pertença a etnias minoritárias. O estudo realizado por Dickey *et al.* (1999) não confirma alguns aspectos, nomeadamente no que diz respeito à idade, uma vez que estes autores encontraram que os indivíduos mais jovens teriam maiores dificuldades na adaptação à infecção pelo VIH, e acrescenta a importância da manutenção de uma relação conjugal num processo de adaptação equilibrado. Por seu lado, no que diz respeito ao nível educacional, tanto Seidl (2001) como Dickey *et al.* (1999) confirmam maior qualidade de vida em indivíduos seropositivos ao VIH com escolaridade mais elevada.

História psiquiátrica/ características de personalidade pré-mórbida

Vários autores se têm debruçado sobre a importância de características de personalidade pré-mórbida no processo de adaptação à seropositividade. Blaney e Piccola (1987) defendem que “O melhor preditor de saúde mental dos indivíduos que são diagnosticados com SIDA é, provavelmente, a sua saúde mental antes da doença.” Também Seidl (2001) considera que “Uma personalidade pré-mórbida com características depressivas ou hipocondríacas prediz uma resposta psicologicamente pobre à seropositividade ao VIH”.

Alguns autores salientam o facto de a infecção pelo VIH ser mais prevalente em populações que apresentam um maior risco de perturbação psiquiátrica, tais como indivíduos com práticas homossexuais ou utilizadores de drogas por via endovenosa (Guerra 1994). Gallego *et al.* (2000) destacam a perturbação bipolar, a esquizofrenias, as desordens esquizoafectivas, as perturbações da personalidade *borderline* e anti-social e a depressão como as entidades psiquiátricas mais associadas ao abuso de substâncias e, logo, a um maior risco para a infecção pelo VIH. No entanto, os mesmos autores afirmam que a presença de algumas perturbações mentais graves *per si* (i. é., na ausência de abuso de substâncias), o alcoolismo e a condição de sem-abrigo podem também ser factores de risco para a infecção pelo VIH. Mais ainda, Gallego *et al.* (2000) apontam que os diagnósticos mais frequentes em

homens homossexuais são a depressão major e o abuso de álcool. No entanto, Horowitz *et al.* (2001), numa revisão sobre as diferenças entre grupos definidos com base na orientação sexual, destaca a falta de unanimidade nos estudos sobre a existência de doença mental e depressão em populações homossexuais. De facto, apesar de alguns estudos reportarem maiores níveis de depressão em homens e mulheres homossexuais, outros não encontram qualquer diferença (Horowitz *et al.*, 2001). Os hemofílicos constituem um outro grupo de risco para a infecção pelo VIH e constituem, simultaneamente, uma população psicologicamente vulnerabilizada pelo facto de viverem com uma doença crónica, apresentarem um elevado grau de dependência hospitalar e sofrerem limitações impostas pela doença no seu dia-a-dia (cf. Gallego *et al.*, 2000).

Esta questão é ilustrada por um estudo realizado em Portugal sobre reacções à notícia da seropositividade para o VIH (Costa, 1989) que aponta para uma diferenciação entre as reacções de indivíduos infectados através de relacionamentos homossexuais (maiores níveis de desespero e depressão, medo acentuado da degradação física e perdas significativas da auto-imagem) e toxicodependentes (aumento de condutas impulsivas com passagem ao acto; casos de mudança no sentido da paragem dos consumos). No grupo de heterossexuais não consumidores salienta-se a preocupação com a conotação com os “grupos de risco” e a agressividade em relação ao “contaminador”, enquanto que no grupo de hemofílicos, as reacções observadas dividiram-se entre uma aceitação mais fácil (é mais uma doença...) ou a revolta exacerbada por uma nova doença pela qual não são responsáveis.

Ainda no domínio das características pessoais prévias à doença, Gallego *et al.* (2000) predizem uma pior adaptação à seropositividade ao VIH em indivíduos com menor QI pré-mórbido.

Aspectos psicossociais

Neste domínio, a investigação tem-se debruçado amplamente sobre o estudo de aspectos cognitivo-comportamentais. Descreveremos seguidamente aqueles que se têm vindo a salientar.

Penedo *et al.* (2001) apontam que a crença na associação entre o estado de saúde e factores pessoais se encontra correlacionada com níveis de esperança mais elevados e menor

perturbação psicológica. Ou seja, o facto de perceber a doença como estando dentro da sua capacidade de controlo (locus de controle interno) está associado a menor perturbação psicológica. As estratégias de coping assumem assim um papel de relevo na problemática da adaptação à seropositividade para o VIH, e o seu impacto ao nível do bem-estar psicológico tem vindo a ser amplamente estudado em relação com outras variáveis. Neste âmbito, Dickey *et al.* (1999) realizaram um estudo com o objectivo central de determinar a influência combinada de algumas variáveis psicossociais (dados demográficos, apoio social e estratégias de coping) e do estado de evolução da infecção pelo VIH na saúde mental de indivíduos homossexuais seropositivos ao VIH. A análise dos resultados permitiu concluir que os indivíduos mais jovens, desempregados, que exigiam maior apoio dos familiares e que recorriam primordialmente a estratégias comportamentais activas de coping apresentavam maiores probabilidades de exibir sintomatologia psiquiátrica e/ou sintomas depressivos. A comparação com um grupo de indivíduos homossexuais seronegativos ao VIH permitiu ainda observar que o uso frequente de estratégias de evitamento se encontrava associado a este tipo de sintomatologia, independentemente da seropositividade ao VIH. Ainda neste domínio, Seidl (2001) realizou um estudo em que investigou as relações entre a qualidade de vida, estratégias de coping, suporte social, escolaridade e situação conjugal na adaptação à condição de seropositivo ao VIH/ doente de SIDA. Os resultados mostraram que variáveis psicossociais como o suporte social emocional e instrumental, o coping focalizado no problema, a manutenção de uma relação conjugal e a escolaridade são importantes preditores positivos da qualidade de vida, enquanto que o recurso a estratégias de coping emocionais constitui um preditor negativo. Penedo *et al.* (2001) também investigaram o papel das atitudes disfuncionais e das estratégias de coping na manutenção e melhoramento dos níveis de perturbação psicológica. Avaliaram as relações entre atitudes disfuncionais e depressão e examinaram o papel das estratégias de coping como mediador desta relação em 115 homossexuais e bissexuais seropositivos. Descobriram que a um maior relato de estratégias de coping disfuncionais estava associado um maior relato de sintomas depressivos. Mais ainda, o recurso a estratégias de coping consideradas adaptativas (como o coping activo) estava associado a menor depressão, enquanto que o uso de estratégias desadaptativas (como a negação) estava associado a níveis mais elevados de depressão. Tanto as estratégias de coping adaptativas

como desadaptativas eram mediadoras na relação entre atitudes disfuncionais e depressão. De forma congruente com estes achados, os resultados de um estudo de Heckman *et al.* (2004) com 329 participantes residentes em zonas rurais indicaram que a perturbação emocional era superior em indivíduos que apresentavam o evitamento como estratégia de coping preferencial, que sofriam de sintomatologia física grave e que recebiam menor apoio social.

Podemos assim concluir que a maioria da investigação parece apontar para o recurso a estratégias activas de coping como um factor associado a menor perturbação psicológica/ maior bem-estar em indivíduos seropositivos ao VIH (à excepção do estudo de Dickey *et al.*, 1999), enquanto que tanto o evitamento como a negação são invariavelmente associados a maior perturbação psicológica (Gallego *et al.*, 2000). De forma congruente com estes achados, a intervenção ao nível das estratégias de coping tem vindo a ser intensamente explorada desde o início da década de 90 por uma equipa de investigadores do *Behavioral Medicine Research Center* da Universidade de Miami. Schneiderman, Antoni & Ironson (2003) têm vindo a desenvolver um programa de intervenção cognitivo-comportamental de gestão de stress dirigido a grupos de seropositivos ao VIH e/ou doentes com SIDA. Uma revisão dos seus estudos (Schneiderman *et al.*, 2003) permite concluir que este tipo de intervenção promove o uso de estratégias de coping mais adequadas, diminuindo o uso do evitamento e da negação, o que permite, por sua vez, diminuir a perturbação e o humor depressivo associado ao facto de ter uma doença crónica e potencialmente fatal, aumentar a aceitação e o uso de estratégias de reenquadramento positivo e aumentar ou manter o apoio social. Um outro estudo referido por Kelly & Kalichman (2002) aponta no mesmo sentido. Foram comparados três grupos emparelhados de 1) participantes no treino na utilização de estratégias de coping eficazes; 2) participantes num grupo didáctico sobre VIH e 3) indivíduos em lista de espera com um desenho experimental que incluía pré-teste e pós-teste. O treino de estratégias de coping enfatizou o uso de estratégias centradas nas emoções para lidar com stressores percebidos como incontroláveis e de estratégias centradas no problema para lidar com stressores percebidos como controláveis e incluiu ainda instruções sobre a utilização eficaz do apoio social, treino de manutenção, e exercícios manualizados. Os resultados mostraram que os indivíduos no grupo experimental exibiram menor stress percebido, perturbação emocional reduzida, menos burnout relativo ao SIDA e melhorias na eficácia das estratégias de coping

quando comparados com ambos os grupos de controlo. Também foi encontrada uma diminuição nos sintomas depressivos através de duas técnicas cognitivo-comportamentais de redução de stress, a imaginação guiada e o relaxamento muscular progressivo (Kelly & Kalichman, 2002). Programas de gestão de stress também se têm mostrado úteis na redução dos sintomas de ansiedade e disforia: Kelly & Kalichman (2002) referem a aplicação de um programa cognitivo-comportamental de gestão de stress com 10 sessões, que incluía uma componente didáctica sobre o stress e os benefícios do relaxamento, reestruturação cognitiva, treino de competências de coping, treino de assertividade, gestão da raiva e identificação de apoio social que corroborou esta asserção, com resultados que foram replicados em diversos estudos (Kelly & Kalichman, 2002). Resumindo, a investigação sugere as intervenções cognitivo-comportamentais direccionadas para a redução da perturbação psicológica nesta população podem produzir efeito ao aumentar as estratégias de coping adaptativas por um lado e ao reduzir as desadaptativas por outro, contribuindo para diminuir o stress e as emoções negativas no processo de adaptação à seropositividade ao VIH e à SIDA, pelo menos a curto prazo (Peneda *et al.*, 2001; Kelly & Kalichman, 2002).

Também o optimismo e a auto-estima foram associadas a maior bem-estar e menor perturbação do humor em indivíduos infectados com o VIH (Anderson, 2000). De forma congruente, Taylor *et al.* (2000) referem que, num estudo por si realizado sobre adaptação ao VIH, o optimismo não realista em relação à progressão da doença surgiu associado a uma melhor adaptação à doença, a comportamentos de coping mais activos e ao desenvolvimento de mais comportamentos promotores de saúde.

A importância do suporte social, já afirmada a propósito dos estudos de Seidl (2001) e Heckman *et al.* (2004), encontra-se destacada num estudo de design naturalista realizado por Barroso (1997). Através da análise de conteúdo do discurso produzido por sobreviventes de longo termo de SIDA, verificou-se que a dimensão “estar em relação com os outros” (família, amigos, outros indivíduos seropositivos ao VIH e “Deus” ou um poder superior) assumia o papel mais relevante, sobretudo no que se referia às mudanças ocorridas nesta rede após a notícia da seropositividade.

Enquanto que o apoio social tem sido amplamente estudado neste domínio, tem sido prestada menor atenção ao papel das interacções sociais negativas. Ingram *et al.* (1999)

conduziram um estudo que permitiu identificar quatro dimensões importantes neste tipo de interacção: insensibilidade, afastamento, optimismo forçado e culpabilização. A análise dos resultados permitiu ainda concluir que estas interacções sociais explicam de forma significativa a variância da depressão.

A intervenção tem sido congruente com estes dados. De acordo com Kelly & Kalichman (2002), os grupos de apoio têm-se mostrado úteis na intervenção na adaptação à seropositividade pelo VIH na medida em que exercem o efeito amortecedor do stress através do aumento do apoio social (Kelly & Kalichman, 2002). Os grupos de apoio que abordam fontes específicas de desordem emocional, aumentam o apoio tangível e no contexto dos quais são abordadas informações relativas à saúde exercem benefícios ao nível da saúde mental, um efeito que é potenciado pela inclusão de treino de técnicas de gestão do stress e de estratégias de coping (Kelly & Kalichman, 2002). Um estudo de Kelly *et al.* (1993) demonstrou que a intervenção através da participação num grupo de apoio produziu um maior impacto positivo na saúde mental dos participantes do que uma intervenção centrada na gestão do stress e estratégias de coping (baseada na teoria socio-cognitiva), sendo que ambas foram mais eficazes a este nível do que o grupo de controlo, constituído por indivíduos que apenas recebiam apoio individual.

Moneyham *et al.* (1997) salientam a importância das cognições como mediadoras do impacto dos stressores ligados ao VIH na perturbação emocional. Realizaram um estudo com mulheres seropositivas para o VIH no qual foi examinado o papel dos pensamentos intrusivos e do estigma ligado ao VIH (factores cognitivos) bem como do evitamento e do fatalismo (estratégias de coping) na perturbação emocional. Os resultados indicaram que o impacto dos stressores na perturbação emocional era mediado pelos factores cognitivos, o que permitiu concluir que “A forma como as mulheres seropositivas para o VIH pensam acerca dos stressores ligados ao VIH é um factor importante que pode explicar a variabilidade individual na capacidade de manter um sentido subjectivo de bem-estar face a uma doença fatal.” (Moneyham *et al.*, 1997, p. 145). Chama-se assim a atenção para a importância da atribuição pessoal de significados à experiência directa de ter uma doença potencialmente fatal, bem como à reacção estigmatizante da qual os indivíduos infectados com o VIH são geralmente alvo.

Nesta mesma linha, o estudo de Guerra (1994, 1998) enriqueceu de forma indiscutível o panorama português da investigação. Apoiando-se em contributos dos paradigmas fenomenológico e existencial-humanista, a autora testou a hipótese de que uma maior tendência auto-actualizante e um bom apoio social influenciam positivamente a adaptação psicológica à seropositividade ao VIH. A auto-organização, definida a partir da interacção entre as duas variáveis anteriores, é avaliada através de duas escalas que medem respectivamente a auto-actualização e o suporte social. Foram ainda empregues o BDI, uma grelha com questões ligadas à prevenção da transmissão do VIH e à manutenção da actividade profissional e ainda uma questão aberta, analisada qualitativamente, sobre a avaliação pessoal das mudanças positivas observadas pelo sujeito na sequência da seropositividade ao VIH. A partir da análise dos resultados a autora confirmou a hipótese teórica da existência de quatro posições existenciais face à seropositividade, que identificou com as posições existenciais propostas por Agra (1986) na teoria da auto-organização. Assim, a posição ontológica corresponderia a sujeitos que “(...) não estão adaptados à seropositividade(...)” (Guerra, 1994, p. 19). Estes indivíduos apresentam atitudes negativas (ansiedade, comportamentos auto-destrutivos, agressão a terceiros, retirada social, isolamento) e um score depressivo acima da média. As posições intermédias são a deontológica e a lógica. Os indivíduos na posição deontológica encontram apoio para a sua adaptação essencialmente através de terceiros, pelo que são extremamente dependentes de apoio social e apresentam uma tendência auto-actualizante pobre. Opõem-se assim aos que assumem a posição lógica e que se caracterizam por uma forte tendência auto-actualizante que, e ao contrário do que acontece com os sujeitos auto-poiéticos, é acompanhada pela falta de percepção de apoio social. Finalmente, no extremo oposto à primeira posição do contínuo proposto pela autora, situar-se-iam os sujeitos auto-poiéticos. São os únicos considerados adaptados à seropositividade, uma vez relatam a introdução de mudanças positivas nas suas vidas após a infecção pelo VIH, apresentam bons índices de auto-actualização e suporte social e não mostram evidências de depressão. “Estes indivíduos são antifatalistas: em vez de se deixarem dominar pelos sentimentos passivos do destino tornam-se activos desde o interior de si próprios de tal forma que a sua grande auto-actualização transborda para fora de si, para o social, que por esse facto é para eles menos um

suporte que um espaço de criatividade, estando assim criadas condições para uma menor depressão (...)" (Guerra, 1998, p. 110)

Este "tornar-se activos desde o interior de si próprios" implica a internalização do locus de controlo e encontra expressão através da atribuição de significados à experiência, uma dimensão que tem sido estudada no domínio da adaptação à seropositividade por outros autores. Um exemplo é o estudo longitudinal de Marcotte (2002) sobre o papel das mudanças no significado atribuído à experiência na gestão da infecção pelo VIH. Este estudo pretendeu esclarecer a associação entre o ajustamento global e o locus de controlo interno com atribuição de significado. Assim, os indivíduos foram observados em dois momentos diferentes, de forma a averiguar se a uma melhor adaptação no primeiro momento corresponderia um aumento na atribuição de significado ao problema ao longo do tempo, se a uma pior adaptação corresponderia uma diminuição da atribuição de significado ao problema ao longo do tempo e, por fim, se os sujeitos com locus de controlo interno demonstravam aumento na atribuição de significado ao longo do tempo. Os resultados indicaram que características como o locus de controlo interno, o optimismo, o apoio social e a satisfação com a qualidade de vida estavam associados a uma crescente atribuição de significado, enquanto que sintomas depressivos se associavam a uma diminuição na atribuição de significado ao longo do tempo. De facto, já desde os trabalhos de Frankl (1963) que a atribuição de significados tem sido associada a mudanças psicológicas positivas no confronto com acontecimentos traumáticos.

Em suma, podemos concluir da imensa variedade de factores que diferenciam o processo psicológico de adaptação à situação de seropositivo para o VIH. Entre características socio-demográficas e história psiquiátrica/ personalidade pré-mórbida, a investigação tem sugerido que aspectos como um QI mais elevado, maior nível educacional/ escolaridade, sexo masculino, alto rendimento económico, pertença a etnias dominantes e manutenção de uma relação conjugal, bem como a ausência de perturbação psicológica antes da infecção podem funcionar como factores preditores de uma adaptação mais funcional à seropositividade ao VIH. No entanto, mais do que atributos rígidos que tendem a fechar os sujeitos em categorias imutáveis, importa compreender quais os factores susceptíveis de mudança que influenciam positivamente este processo de adaptação. A percepção de que a doença se encontra dentro da capacidade de controlo do indivíduo, o recurso a estratégias de coping que não o

evitamento ou a negação, a verbalização de crenças positivas, uma boa auto-estima, o optimismo (ainda que baseado em crenças irrealistas...), uma forte auto-actualização e a capacidade de atribuir de significados à experiência da seropositividade para o VIH e aos factores que rodeiam o ser-se seropositivo (nomeadamente, o estigma associado) surgiram na investigação como dimensões importantes em processos de adaptação mais funcionais, ou seja, caracterizados por uma presença menos marcada de índices de psicopatologia ou de perturbação psicológica e ligados a maior satisfação com a qualidade de vida. A investigação sugere também que o apoio social é um aspecto a valorizar nestes processos. Assim, vimos que têm sido desenvolvidos diferentes modelos de intervenção (da gestão de stress ao treino de estratégias de coping, passando pelos grupos de apoio) com o objectivo de promover as referidas competências, a fim de minimizar o impacto negativo do saber-se seropositivo para o VIH e mesmo de positivar a introdução deste ruído na trajectória de vida.

1.2.3. A importância das terapias anti-retrovirais combinadas e da adesão ao tratamento

As variáveis psicológicas demonstram ainda a sua importância no processo de adaptação à infecção pelo VIH através de uma outra via. Em 1996, o aparecimento das terapias combinadas³ no tratamento da infecção pelo VIH constituiu uma verdadeira revolução no âmbito dos cuidados secundários – trata-se de combinações de drogas que atingem diferentes fases do ciclo de replicação do VIH e que suprimem activamente a replicação viral, retardando a progressão da doença (Kelly & Kalichman, 2002; Ocampo & De la Fuente, 2002). Desde então, continuam a surgir novos medicamentos anti-retrovirais, cuja utilização em diferentes combinações tem vindo a ser estudada em ensaios clínicos, tornando disponível um leque alargado de medicamentos e distanciando-nos cada vez mais dos tempos em que se depositavam num único medicamento – o AZT – todas as perspectivas de tratamento.

O novo fôlego de esperança trazido pelas terapias combinadas poderá implicar benefícios ao nível da promoção da saúde – cabe aqui salientar que mesmo antes do advento deste novo tipo de terapias medicamentosas, a esperança e o optimismo eram características comuns entre os indivíduos portadores de VIH ou doentes de Sida (Taylor *et al.* 2000). Assim, o início da terapia anti-retroviral parece estar associada a reduções na depressão durante o

³ Também referidas como Terapias de Alta Eficácia ou HAART - Highly Active Anti-Retroviral Therapy.

período de um ano (Kelly & Kalichman, 2002), o que poderá ser explicado por um aumento da esperança e do optimismo, bem como pelas melhorias na saúde física e pelas mudanças paralelas no estilo de vida. Aliás, parece ser comum a redução dos pedidos de reforma por invalidez, bem como a ponderação do regresso ao trabalho neste momento de mudança (Kelly & Kalichman, 2002) – o retorno ao trabalho é cada vez mais considerado a pedra de toque do sucesso no tratamento da infecção pelo VIH. No entanto, trata-se de uma opção que acarreta consequências a diferentes níveis: perda de benefícios associados à invalidez, barreiras à revelação do estatuto de seropositivo a colegas e empregadores, gestão da medicação na rotina de trabalho, evitamento do stress ligado ao trabalho são alguns exemplos dos desafios que se colocam e que assumem crescente importância nas vidas dos indivíduos (Kelly & Kalichman, 2002). Um estudo qualitativo realizado por Nixon & Renwick (2003) a este propósito permitiu concluir que os indivíduos seropositivos para o VIH ou já em fase de SIDA sofrem a influência tanto da perspectiva social dominante de que “as pessoas devem voltar ao trabalho” como da perspectiva oposta de que “as pessoas não devem voltar a trabalhar”. Mais ainda, o aumento da autonomia permitido por estas melhorias implica a reformulação da rede de cuidados que se havia formado em torno do doente, levando a uma redefinição de papéis.

No entanto, apesar das melhorias produzidas ao nível da saúde de muitos indivíduos que vivem com o VIH/SIDA, o tratamento com terapias combinadas não se traduz em benefícios clínicos para uma margem entre 15% a 35% dos indivíduos (Kelly & Kalichman, 2002), já que as terapias podem não produzir reduções clinicamente significativas na carga viral; os efeitos secundários da terapia podem tornar-se insuportáveis e motivar a descontinuidade do tratamento; as respostas iniciais positivas podem diminuir (Kelly & Kalichman, 2002). O impacto psicológico deste fracasso poderá traduzir-se na sensação de ter sido iludido, enganado, traído e de estar a ser vítima de uma injustiça ou, por outro lado, quando o tratamento é interrompido por intolerância dos efeitos secundários o indivíduo poderá tender a culpabilizar-se por não ter sido capaz de tolerar um tratamento potencialmente eficaz. De uma ou outra forma, o resultado final é um sentimento de desesperança e desmotivação para tentar novas combinações terapêuticas (Kelly & Kalichman, 2002).

A informação do aumento da carga viral está associada a consequências emocionais adversas altamente negativas (Kelly & Kalichman, 2002). No entanto, estas mudanças

parecem estar associadas de forma ainda mais consistente ao aparecimento da sintomatologia física (Kelly & Kalichman, 2002). Num estudo prospectivo mais recente, Kalichman *et al.* (no prelo, *in* Kelly & Kalichman, 2002) também não encontraram mudanças nos sintomas depressivos relacionadas com a carga viral. No entanto, foram encontradas melhorias significativas nos sintomas depressivos de indivíduos que viram a sua carga viral reduzida a níveis indetectáveis. "Assim, as reacções negativas parecem ocorrer em resposta ao aparecimento de sintomas físicos, enquanto que pessoas que experienciam a supressão viral do VIH experienciam, em paralelo, melhorias na sua saúde emocional." (Kelly & Kalichman, 2002).

Um outro aspecto importante diz respeito à participação dos indivíduos nas decisões de tratamento. Uma decisão importante a tomar relaciona-se com o momento do início da terapia medicamentosa. Um início precoce parece abrandar o progresso inicial do VIH (Kelly & Kalichman, 2002), aumentando assim a sobrevivência. Por outro lado, sabe-se que os efeitos das diferentes combinações de medicamentos vão diminuindo ao longo do tempo – esta "resistência ao tratamento" desenvolve-se especialmente quando não existe o cumprimento integral do regime medicamentoso, e traduz-se na redução da sensibilidade do organismo a diferentes drogas e combinações de drogas, limitando as opções de tratamento. Estas preocupações podem levar alguns indivíduos a adiar o início da terapia. A incerteza que rodeia os planos de tratamento, o surgimento constante de novos resultados provenientes de ensaios clínicos sobre novas drogas e novas combinações envolvem o tratamento ao VIH num clima instável, diferente daquele que existe no manejo de outras doenças crónicas, com prognósticos mais previsíveis (Kelly & Kalichman, 2002).

Assim, levanta-se neste âmbito com especial relevo a questão da adesão ao tratamento, um factor essencial na manutenção de níveis terapêuticos de anti-retrovirais e no impedimento do desenvolvimento de resistências anti-medicamentosas (Aguado & Suárez, 2002; Kelly & Kalichman, 2002). A investigação nesta área permitiu identificar vários factores ligados à não-adesão ao tratamento: crenças e percepções negativas sobre a eficácia do tratamento e a possibilidade de efeitos negativos; surgimento de efeitos secundários difíceis de tolerar; dificuldade em introduzir alterações nas rotinas diárias; confiança no médico e satisfação com a qualidade dos cuidados. Foram ainda encontrados preditores de não adesão

ligados a sub-populações específicas, tais como sem-abrigo, toxicodependentes e indivíduos em situação socio-económica desfavorável em geral e com baixa escolaridade em particular (Ocampo e De la Fuente, 2002; Kelly & Kalichman, 2002). De salientar que a não-adesão está ainda associada a sintomas de depressão e a lacunas ao nível de estratégias de coping adaptativas (Kelly & Kalichman, 2002).

Em suma, os avanços da investigação farmacológica nos últimos anos permitiram o desenvolvimento de tratamentos mais eficazes para a infecção pelo VIH que exercem um efeito positivo ao nível da carga viral e da imunidade da maior parte dos indivíduos, num primeiro momento, permitindo uma monitorização do seu próprio progresso que tem reflexos positivos ao nível emocional. Mais ainda, permite o envolvimento do doente nas decisões de tratamento e aumenta, assim, o papel reservado às suas escolhas na gestão da sua própria saúde, sendo que os factores psicológicos já salientados no ponto anterior assumem assim uma importância acrescida, já que são determinantes nas decisões terapêuticas.

1.2.4 O impacto das dimensões psicológicas na progressão da doença

Tendo abordado a importância das dimensões psicológicas que se têm salientado na literatura devido ao seu efeito protector ao nível do equilíbrio emocional e do bem-estar psicológico, bem como do envolvimento em comportamentos de promoção de saúde (a adesão ao tratamento, nomeadamente), cabe aqui “fechar o ciclo” e abordar de que forma estes aspectos têm impacto na saúde física dos indivíduos portadores de VIH ou doentes com SIDA.

Como tivemos oportunidade de verificar, o sistema imunitário e a sua íntima relação com o sistema nervoso ocupam um lugar central na investigação sobre a relação entre aspectos psicológicos e saúde física. Ora, a seropositividade ao VIH propicia, segundo Taylor *et al.* (2000), condições ideais para esta linha de pesquisa uma vez que esta é uma doença que afecta directamente o sistema imunológico. Mais ainda, trata-se geralmente de uma população jovem, o que acarreta menor co-morbilidade; os indivíduos são detectados em fase assintomática o que permite uma observação mais completa do curso da doença; os co-factores são conhecidos e controláveis: idade, consumo de álcool e de drogas, padrões de sono e uso de medicação; é possível acompanhar a evolução durante um longo período de

tempo, o que permite avaliar as diferentes variáveis em jogo e a sua importância como preditoras do curso da doença: mudanças nos estados afectivos, no apoio social, diferentes comportamentos promotores de saúde e envolvimento em tratamento, exposição diferencial a stressores...; é possível medir a progressão da doença através de uma escala ordinal de marcadores biológicos: carga viral e número de linfócitos T CD4; existem marcadores clínicos claros identificados com a infecção pelo VIH; existe o potencial para desenvolver intervenções baseadas nos dados das investigações sobre a influência dos factores psicossociais que abrandem a progressão da doença; a intervenção produz resultados mensuráveis e clinicamente observáveis.

A equipa de investigadores do *Behavioral Medicine Research Center* da Universidade de Miami conduziu, no início dos anos 90, dois estudos de referência na avaliação do impacto de mudanças comportamentais ao nível bioquímico (Schneiderman *et al.*, 2003): compararam dois grupos de homossexuais seropositivos ao VIH, um dos quais foi submetido a um programa de ginástica aeróbica de 5 semanas; os resultados mostraram que o grupo experimental apresentava índices mais baixos de depressão e de ansiedade e não se distinguia de um grupo de seronegativos em relação à taxa de *natural killer cells*. Num segundo estudo, observaram indivíduos que se submeteram ao teste do VIH antes e depois de saberem o resultado, sendo que no grupo que posteriormente soube ser seronegativos todos os indivíduos evidenciaram um aumento da resposta imunológica. Ambos os grupos foram então sujeitos a um programa de exercício físico de 10 semanas tendo-se avaliado que ambos os grupos sofreram um aumento ao nível dos CD4.

Uma das dimensões psicológicas estudadas neste âmbito tem sido a das “ilusões positivas”. Taylor *et al.* (2000) descrevem um estudo longitudinal com 78 homossexuais diagnosticados com SIDA com o objectivo de compreender a influência das ilusões positivas no curso da doença. Os sujeitos responderam a um extenso questionário de auto-relato sobre a sua condição física, adaptação psicológica, respostas psicológicas ao VIH, bem como a escalas estandarizadas para outras variáveis psicossociais. A análise dos resultados revelou um efeito significativo da “aceitação realista” – construto baseado na fase final de adaptação à morte sugerido por Kübler-Ross (1989) – sendo que os indivíduos cujo discurso continha menos indicadores desta variável tiveram maior longevidade (em média, morreram cerca de 9

meses mais tarde). Um segundo nível de análise tentou esclarecer a importância, na mediação desta relação, de outras variáveis psicossociais tais como envolvimento em comportamentos promotores de saúde, apoio social, procura de ajuda médica e cumprimento do tratamento, estados emocionais (desesperança, raiva, ansiedade e culpa), não tendo sido encontrados quaisquer resultados significativos. Os autores concluíram que, de facto, "crenças cognitivas que reflectem uma aceitação realista da possibilidade de morrer estão associadas a uma progressão mais rápida da doença, e crenças irrealisticamente optimistas estão associadas prospectivamente a uma maior longevidade." (Taylor *et al.*, 2000). As ilusões positivas podem ser adaptativas porque ajudam os indivíduos a conferir um significado à experiência ameaçadora (Taylor *et al.*, 2000).

O processamento cognitivo das implicações do acontecimento traumático também parece ter um papel importante na adaptação psicológica e consequente reflexo ao nível fisiológico. Neste sentido, Bower, Kemeny, Taylor & Fahey (1998) realizaram um estudo em que foi explorada a atribuição de significados no processo de luto de 40 homens seropositivos ao VIH que haviam perdido recentemente alguém próximo devido a SIDA. Realizaram-se entrevistas que foram posteriormente codificadas de forma a identificar indicadores de processamento cognitivo e de atribuição de significado. A análise dos resultados permitiu verificar que, por um lado, a maioria dos indivíduos se envolveu activa, deliberada e prolongadamente num processo de pensamento sobre o acontecimento perturbador; por outro lado, apenas 40% dos indivíduos exibiram indicações de atribuição de significado à experiência (mudanças nos valores, prioridades e perspectivas de vida). Dos três grupos formados (atribuição de significado sem elevado processamento cognitivo, elevado processamento cognitivo sem atribuição de significado, elevado processamento cognitivo com atribuição de significado) apenas os indivíduos que haviam atribuído significado à experiência mantiveram o nível de CD4 constante ao longo do período de follow-up; os que não demonstraram indicadores de processamento cognitivo ou os que, mesmo tendo exibido, esses indicadores não atribuíram significado à experiência apresentaram um declínio no nível de CD4 no período de *follow-up*. Mais ainda, foi encontrada uma relação significativa entre a atribuição de significado e uma taxa menor de mortalidade. Estes resultados foram consistentes com os estudos de Taylor *et al.* (2000) na adaptação psicológica (já mencionados), permitindo concluir

que também ao nível da saúde física o processamento cognitivo de um evento traumático não é suficiente para produzir efeitos benéficos, sendo essencial a atribuição de significados à experiência. Um segundo nível de análise permitiu ainda excluir a hipótese de que este efeito seria mediado por preditores fisiológicos da progressão do VIH (e.g., número de sintomas relacionados com o VIH e nível inicial de CD4), hábitos de saúde (e.g., sono, consumo de álcool e de tabaco, práticas sexuais) ou estados afectivos (e.g., depressão e solidão).

Resumindo, a seropositividade para o VIH oferece-se como objecto privilegiado para o estudo das interacções entre factores psicológicos e condição física, sendo que uma ampla variedade de estudos neste domínio permitiu concluir que factores como menor perturbação psicológica (níveis baixos de depressão ou ansiedade), estratégias de coping adaptativas, reacções emocionais positivas, ilusões positivas e atribuição de significado estão significativamente ligados à resposta imunológica. Assim, a intervenção psicológica nesta área revelar-se-á promissora não só ao nível do próprio processo de adaptação psicológica como da progressão da doença. Concordamos assim com Taylor *et al.* (2000) quando afirmam que “O corpo responde ao que se passa na mente, não no ambiente” (p. 107).

Em suma, a adaptação psicológica ao saber-se infectado pelo vírus da imunodeficiência humana reveste-se de múltiplas facetas. Apesar de uma reacção inicial mais ou menos comum a todos os indivíduos, que passa pelo choque, pelo sentimento de perda de controlo sobre a sua vida, pela perda de identidade, pela incerteza, pela culpa, por sintomas depressivos e de ansiedade, a seropositividade para o VIH constitui um ruído que poderá ser integrado nas trajectórias de vida de formas tão diversas quanto diversas são as próprias pessoas... A diferentes indivíduos corresponderão diferentes processos de adaptação que sofrem a influência de diversas ordens de variáveis. Em primeiro lugar, as características sócio-demográficas: a investigação parece apontar para um processo adaptativo mais saudável em indivíduos com escolaridade mais elevada, do sexo masculino, com melhor estatuto sócio-económico, que pertençam a etnias dominantes e que mantenham uma relação conjugal. Uma segunda ordem de variáveis diz respeito à história psiquiátrica e às características de personalidade pré-mórbidas do indivíduo, sendo aparentemente consensual que a ausência de perturbação psicológica prévia à doença constitui um importante factor protector. Quando se

trata de avaliar a associação entre perturbação psicológica e sub-populações específicas definidas em função da forma de contágio do VIH, a investigação divide-se: se por um lado é praticamente unânime que os toxicodependentes constituem um grupo psicologicamente fragilizado, em relação aos homossexuais esta fragilidade é afirmada por uns e contestada por outros. Em último lugar – e talvez mais importante – as características psicossociais que fazem optar pela construção de um entre múltiplos caminhos na adaptação à seropositividade para o VIH: a manutenção ou desenvolvimento de um bom suporte social, o recurso a estratégias de coping adaptativas, aspectos cognitivos como verbalizações positivas e valorização adequada do estigma, uma atitude optimista (ainda que baseada em crenças irrealistas), uma boa auto-estima, a consciência de controlo sobre si próprio, uma forte tendência auto-actualizante (no sentido de Maslow) e a atribuição de significados à experiência são dimensões que se articulam para fomentar uma adaptação construtiva à condição de seropositivo para o VIH. E um melhor processo adaptativo, caracterizado por menores índices de perturbação psicológica, poderá influenciar a própria progressão da doença por duas vias: uma mais indirecta, ao nível da adesão ao tratamento e do envolvimento em comportamentos promotores de saúde, actualizando assim estratégias de coping adaptativas estimuladas, por exemplo, por menores índices de depressão; e uma mais directa, ao nível do impacto positivo de menores índices de depressão e de ansiedade, do uso de estratégias de coping adaptativas, de reacções emocionais positivas, de ilusões positivas e de atribuições de significado à experiência no sistema imunológico.

Ao longo desta secção foi explorada a investigação empírica que tenta clarificar a relação entre aspectos psicológicos e saúde em geral, num primeiro momento, e no caso particular da seropositividade para o VIH num segundo momento. Interessa aqui salientar dois aspectos que parecem emergir como fundamentais: por um lado, a expressão emocional; por outro, a construção de significados.

Senão, vejamos: nesta revisão das variáveis psicológicas que exercem um efeito importante ao nível da saúde foi recorrente a referência a aspectos emocionais: experiências emocionais, estados emocionais, perturbações emocionais... Um amplo número de investigações permitiu concluir da influência benéfica dos estados emocionais positivos na saúde, quer pela sua relação directa com o sistema imunológico (e.g. Kiecolt-Glaser *et al.*,

2002), quer pela sua importância no desenvolvimento de competências importantes na manutenção da saúde e na adaptação à doença (v. Salovey *et al.*, 2000, para uma revisão). Surge então uma outra questão: como gerir os estados emocionais negativos, dada a sua influência nefasta ao nível da saúde? A resposta da investigação remete-nos para um importante efeito da expressão emocional ao nível imunológico (v. Schwartz *et al.*, 1990, para uma revisão), sendo que lacunas ao nível deste tipo de competências poderão estar associadas a um risco aumentado de problemas de saúde (Petrie, Booth & Davidson, 1995). Estará assim aberto o caminho para os trabalhos desenvolvidos por Pennebaker e colaboradores (1993,1999) neste domínio, e que constituirão um dos focos da próxima parte deste trabalho.

Uma outra dimensão que importa salientar, e que se revelou particularmente importante na adaptação à seropositividade para o VIH, é a construção de significados para a experiência. Esta dimensão encontra-se associada a menor perturbação psicológica no processo de adaptação à doença (e.g. Moneyham *et al.*, 1997; Guerra, 1998; Marcotte, 2000), bem como a efeitos benéficos ao nível da saúde física (Taylor *et al.*, 2000). A construção de significado(s) para a experiência de tornar-se seropositivo para o VIH relaciona-se com outras dimensões, elas próprias promotoras de um processo de adaptação à doença mais equilibrado, como sejam a percepção de que a doença está dentro da sua capacidade de controlo (Penedo, 2001; Guerra, 1998; Marcotte, 2000), o que por sua vez promove o recurso a estratégias de coping funcionais (Penedo, 2001) e se associa ao apoio social (e.g. Guerra, 1998; Marcotte, 2002), que também constitui um importante factor protector da perturbação psicológica neste processo (e.g. Seidl, 2001; Heckman *et al.*, 2004). Ora, a construção de significados constitui o mote de toda uma história que se tem vindo a contar cada vez mais no domínio da psicologia: a do desenvolvimento das teorias narrativas, que serão objecto da nossa atenção na secção seguinte.

2. Narrativas e saúde

Ao tentar compreender os contornos de que se tem revestido a relação entre psicologia e saúde e ao abordar os aspectos psicológicos fundamentais envolvidos na adaptação à seropositividade ao VIH, verificámos que a investigação ligada aos aspectos emocionais, bem como à atribuição de significados à experiência adquire alguma saliência. A este propósito, Gonçalves & Machado (2000) defendem que “As emoções adquirem significados quando são localizadas numa ordem narrativa” (p. 352). Na mesma linha, já Gergen (1994) havia afirmado que as emoções apenas podem ser compreendidas quando integradas numa sequência de acções em movimento. Está assim aberto o caminho para as abordagens narrativas.

De acordo com as teorias cognitivo-construtivistas narrativas, a construção que o ser humano faz da sua própria existência implica a organização da experiência, composta essencialmente de fenómenos que se sucedem caótica e aleatoriamente, numa ordem narrativa. São as histórias (com) que (nos) contamos que tornam possível esta organização, permitindo a construção de significados e logo, de conhecimento sobre a nossa experiência (Gonçalves, 1997, 2000; Gonçalves, Korman & Angus, 2000). A narrativa surge, assim, como uma nova metáfora do conhecimento e da experiência humanos (cf. Gonçalves, 1995; Gonçalves, 1997; Russel, 1991; Sarbin, 1986; Gergen & Gergen, 1986). O funcionamento adaptativo do indivíduo passaria então por ser capaz de “ (...) absorver proactiva e criativamente a diversidade de experiências sensoriais, emocionais e cognitivas com que se depara. Simultaneamente, um sistema adaptativo é também capaz de construir um sentido de ordem e coerência relativamente a este processo experiencial” (Gonçalves, Korman & Angus, 2000, p. 266).

A forma como o indivíduo se constrói como narrador ao longo do seu desenvolvimento pode ser mais ou menos adaptativa, levantando-se assim a questão da relação entre narrativas e psicopatologia. Para Lax (1996), por exemplo, o sofrimento psicológico passa por ficar preso numa determinada narrativa. Capps e Ochs (1995), a partir do seu trabalho com famílias, salientam a redundância em trono de narrativas do passado que, desta forma, são amplificadas e perpetuadas. Drewery, Winsdale e Monk (2000) chamam a atenção para a natureza frequentemente perturbadora das “histórias dominantes”, aquelas que têm um efeito totalizador

na vida dos seres humanos e que se operacionalizam através de diagnósticos psicopatológicos. Na mesma linha, White & Epston (1990) assumem que “ (...) as pessoas experienciam problemas quando as narrativas nas quais ‘armazenam’ a sua experiência e/ou nas quais vêm a sua experiência ‘armazenada’ por outros não representam de forma suficiente a experiência vivida e que, nestas circunstâncias, existirão aspectos significativos da sua experiência vivida que contradizem estas narrativas dominantes” (p. 14). Assim, os momentos em que o indivíduo assume a autoria da sua história serão oprimidos, adquirindo o estatuto de *resultados únicos*, um conceito fundamental na sua proposta de intervenção. Esta questão da vivência narrativa na comunidade é abordada por Rosen (1996), quando salienta as relações de poder na forma como são contadas as histórias pelo indivíduo e pelos que o rodeiam. Desta forma, tanto acontece que o paciente assuma um papel passivo, depositando o poder de escrever a sua história nas mãos de outros e recusando assim a autoria, como que este tente assumir a autoria de todas as histórias – a sua e as dos outros, o que resultará numa tentativa fracassada de impor uma história dominante. Hermans & Hermans-Jansen (1995) definem disfunção como “(...) *significantly reduced flexibility in the valuation system, which should include different types of valuation*” (p.163). Ou seja, trata-se da restrição temática das histórias com que o indivíduo se conta, restrição esta que não lhe permite diversificar as narrativas de acordo com as mudanças na própria vida. Por seu lado, Neimeyer (2000) chama a atenção para a centralidade da questão da continuidade narrativa, salientando que a fragmentação desta continuidade histórica é muitas vezes o que despoleta o pedido de ajuda em psicoterapia.

Se a forma como cada um (se) conta constrói a sua relação com o mundo, e se esta relação se apresenta perturbada, em muitas ocasiões e de muitas formas diferentes, poderemos afirmar que a transformação do próprio processo de construção narrativa contribuirá de forma importante para uma (re)construção do bem-estar. Dos diversos autores que têm abordado esta temática interessa-nos destacar três que têm contribuído significativamente para o seu enriquecimento não só ao nível da intervenção como também da investigação empírica: James Pennebaker (v. 1999, para uma revisão), Lynne Angus (v. 2004 para uma revisão) e Óscar Gonçalves (v. 2004 para uma revisão).

2.1. A escrita terapêutica – Os estudos de James Pennebaker et al.

O trabalho desenvolvido por Pennebaker e colaboradores desde 1986 tem sido central no estudo da relação entre expressão emocional e saúde ao demonstrar que o acto de escrever sobre experiências emocionais está associado a melhorias significativas na saúde mental e física (v. Pennebaker, 1997 para uma revisão). O próprio autor aponta a sua convergência com o desenvolvimento das abordagens cognitivo-construtivistas e, nomeadamente, com o estudo das narrativas. Aliás, Pennebaker (1993) faz referência a este encontro ao afirmar: *“The recent social construction and narrative explanatory models are conditionally supported in our findings”* (p. 546).

Nos seus estudos, tem aplicado o *Basic Writing Paradigm*: os sujeitos são convidados a escrever durante 15 a 20 minutos por dia, 3 a 5 dias seguidos, sobre experiências pessoais altamente significativas. De acordo com Pennebaker (1997), as instruções são uniformes ao longo dos estudos:

Durante os próximos x dias, gostaria que escrevesse sobre os seus pensamentos e sentimentos mais profundos acerca de um tema emocional extremamente importante que tenha afectado a sua vida. Ao escrever, gostaria que se soltasse verdadeiramente e que explorasse as suas emoções e os seus pensamentos mais profundos. Pode ligar o seu tema às suas relações com os outros, incluindo pais, namorados/as, amigos ou familiares; ao seu passado, ao seu presente e ao seu futuro; ou a quem foi, quem gostaria de ser, ou quem é agora. Pode escrever acerca dos mesmos temas todos os dias ou sobre um tema diferentes cada dia. Tudo o que escrever será absolutamente confidencial. Não se preocupe com os erros, com a estrutura das frases nem com a gramática. A única regra é: depois de começar a escrever, continuar a fazê-lo até ao fim.

As narrativas produzidas são posteriormente comparadas com as de indivíduos controle que haviam sido instruídos para escrever acerca de temas superficiais. Através da análise dos resultados de diferentes estudos concluiu-se de forma consistente que os grupos experimentais apresentavam, de facto, melhorias importantes patentes em diversas medidas clínicas em comparação com o grupo controle: redução da procura de ajuda médica em centros de saúde, melhorias no funcionamento do sistema imunitário, da função enzimática e

na resposta dos anticorpos à vacinação contra a hepatite B; redução do auto-relato de sintomas físicos de doença; melhoria do desempenho escolar, no processo de arranjar emprego após despedimento e no absentismo (Pennebaker, 1999). O conjunto dos estudos permite concluir que a construção de narrativas de auto-revelação parece ter um importante efeito tanto ao nível da saúde física como psicológica.

Na tentativa de esclarecer a forma como o paradigma de intervenção através da escrita (anteriormente descrito) exercia o seu efeito ou, por outras palavras, quais as narrativas mais significativamente associadas a resultados positivos, Francis & Pennebaker (1992) conceberam um programa informático de análise de textos escritos, o *Linguistic Inquiry Word Count*, que permite classificar as palavras escritas em 70 categorias diferentes valorizando, de acordo com os autores, os aspectos emocionais e de processamento cognitivo. De especial interesse são quatro categorias primárias, duas “emocionais” e duas “cognitivas”: palavras emocionais negativas (por ex. triste, zangado), palavras emocionais positivas (por ex., feliz, gargalhada), palavras causais (por ex. porque, razão) e palavras de *insight* (por ex. compreender, entender). Através da aplicação desta metodologia de análise aos estudos anteriormente realizados, Pennebaker (1997, 1999) extraiu diversas conclusões. No que diz respeito às dimensões emocionais, o grupo de indivíduos que melhorava mais evidenciava significativamente mais emoções negativas e significativamente menos emoções positivas do que o que não melhorava; este efeito mantinha-se estável ao longo dos dias de escrita. Mais ainda, ao longo dos dias de escrita, o grupo que melhorava menos demonstrava um aumento de palavras emocionais positivas. Em relação aos aspectos cognitivos, os grupos não se diferenciavam na utilização global de palavras cognitivas, causais ou de *insight*. No entanto, os indivíduos que mais melhoravam apresentaram um aumento significativo de palavras cognitivas de *insight* ao longo dos dias de escrita. Mais ainda, o grupo de sujeitos que mais melhorava diminuía a utilização de palavras únicas (número de palavras diferentes que a pessoa usa, dividida pelo número total de palavras) ao longo dos dias de escrita, o que significará que a narrativa se torna progressivamente mais consistente.

Em suma, os indivíduos que mais beneficiam da escrita ao nível da sua saúde, tanto física como mental, tendem a empregar um elevado número de palavras emocionais positivas,

uma quantidade moderada de palavras emocionais negativas e aumentam o número de palavras cognitivas ao longo de dias sequenciais de escrita (Pennebaker, 1999).

No entanto, dando conta da excessiva segmentação imposta às narrativas produzidas pelo seu instrumento de medida, Pennebaker (1993) propôs a avaliação daquilo a que chamou a “qualidade” das histórias, através da cotação de cada um de 208 ensaios por três juízes independentes. As características avaliadas foram não só a referência a emoções (positivas e negativas) e auto-reflexões, como também “ (...) até que ponto é que o texto reflectia uma boa história, estava bem escrito e mostrava que o escritor havia aceite o acontecimento narrado” (Pennebaker, 1993, p. 543). As cotações atribuídas ao nível das emoções e do *insight* foram no mesmo sentido das análises através do LIWC. No que diz respeito organização das histórias e à aceitação do acontecimento, as cotações dos juízes não sugeriram qualquer diferença entre os indivíduos que melhoraram com a intervenção e aqueles que não melhoraram. No entanto, os dois grupos diferiram significativamente na sua evolução: os indivíduos cuja saúde melhorou mostraram um aumento nos graus de organização, de aceitação e optimismo nas suas narrativas, ao contrário do que aconteceu com os que não melhoraram, que tendiam a apresentar histórias progressivamente mais pobres nos parâmetros avaliados.

Os achados de Pennebaker (v. 1993, para uma revisão) são congruentes com outros estudos na área da saúde. Rosas (2000), por exemplo, refere que pacientes de asma e artrite reumatóide melhoravam de forma significativa ao nível da função respiratória e passaram a demonstrar menor necessidade de repouso na sequência de uma intervenção centrada na escrita sobre experiências traumáticas, tendo apresentado também melhorias ao nível psicológico.

2.2. Os modos narrativos em psicoterapia – O contributo de Lynne Angus

As investigações de Lynne Angus (v. Angus *et al.*, 2004, para uma revisão) encontram resultados consistentes com os de Pennebaker (1999) ao tentar esclarecer os processos narrativos em contexto de psicoterapia. A autora defende a importância da produção de narrativas fortemente emocionais no contexto da psicoterapia experiencial breve, atribuindo-

lhes um carácter fundamental no aparecimento de respostas emocionais e para a construção de novos significados para as experiências. O Modelo do Processo Narrativo (Angus, Levitt & Hardtke, 1999) defende que a transformação da história do cliente é a pedra de toque de qualquer terapia bem sucedida, e que este processo é conseguido através da produção de histórias emocionalmente carregadas sobre si próprio, e da sua integração coerente na construção de uma identidade pessoal. Assim, a evolução terapêutica é equacionada em termos de uma evolução cíclica através dos diferentes modos narrativos que reflectem estes aspectos: contar histórias (modo narrativo externo), fazê-lo de forma a expressar emoções (modo narrativo interno) e construir significados para a experiência (modo reflexivo).

As sequências narrativas externas dão resposta à questão “O que aconteceu?” e fomentam uma recordação dos acontecimentos (que podem ser reais ou imaginados, pertencer a um passado recente ou distante) que será o mais abrangente possível, bem como o estabelecimento de relações entre os mesmos. Dá-se conta assim da existência de “espaços em branco” que poderão ser preenchidos ou, pelo menos, compreendidos. De acordo com investigações recentes, a maioria das sequências externas produzidas em sessões de psicoterapia experiencial contém memórias autobiográficas (cerca de 75%). As sequências narrativas internas dirigem-se à questão “O que foi sentido?”, não só durante o acontecimento como também durante a sessão terapêutica em relação ao relato do acontecimento. Permitem assim a descrição e elaboração das sensações e das emoções associadas aos acontecimentos cumprindo uma função de auto-revelação importante no contexto terapêutico (Angus *et al.*, 1999). Por último, as sequências narrativas reflexivas dão conta da questão “O que é que isso significa?” em relação ao que aconteceu e ao que foi sentido durante o acontecimento. Angus *et al.* (2004) apontam a reconstrução narrativa como o objectivo terapêutico fundamental: o cliente deverá ser capaz de perspectivar a sua experiência de uma forma alternativa, de construir novos significados para o acontecimento.

Com o objectivo de avaliar a presença dos diferentes modos ao longo do processo terapêutico, Angus *et al.* (1996) propõem um sistema de codificação de narrativas - o *Narrative Process Coding System* – baseado na definição de unidades temáticas ou *segmentos tópicos* (expressões narrativas que obedecem a um mesmo conteúdo temático). Cada segmento tópico é posteriormente subdividido de acordo com as variações no modo narrativo, constituindo

diferentes sequências narrativas. O modo externo corresponde à descrição mais objectiva dos detalhes físicos, sociais, temporais ou espaciais do contexto, quer se trate de detalhes reais ou imaginados, e quer digam respeito ao passado, ao presente ou ao futuro); por sua vez, o modo interno compreende as descrições de experiências subjectivas emocionais do narrador ou de outras personagens da narrativa; e, finalmente, o modo reflexivo diz respeito à análise interpretativa dos acontecimentos externos e da experiência subjectiva.

Este sistema foi aplicado a narrativas de sessões de psicoterapia dinâmica breve com bons e maus resultados (Angus *et al.*, 2004), e observou-se que o grupo com piores resultados terapêuticos apresentava uma maior percentagem de sequências narrativas externas (i.e., descrição de acontecimentos ou assuntos) quando comparado com o grupo com melhores resultados terapêuticos. Este último apresentava uma percentagem crescente dos modos interno (i. e., elaboração sobre experiência subjectivas) e reflexivo (i.e., interpretação de acontecimentos externos ou experiências subjectivas) ao longo das sessões, em comparação com o grupo com piores resultados terapêuticos. Assim, o aumento de sequências narrativas internas e reflexivas parece associado a melhores resultados terapêuticos.

Mais recentemente, foram analisadas três díades terapêuticas com bons resultados e três com resultados mais pobres no contexto da psicoterapia experiencial processual (Angus *et al.*, 2004). Descobriu que as transições do modo reflexivo para o modo interno constituíam 30% de todas as mudanças de modo de processo narrativo nas díades terapêuticas bem sucedidas; por outro lado, este tipo de transição apenas representava 16, 75% das mudanças nas díades terapêuticas com resultados mais pobres. Ou seja, a focalização nos significados emocionais parece ajudar o cliente a elaborar de forma mais consistente o seu mundo interno.

Conclui-se desta forma que diferentes processos narrativos se associam diferencialmente aos resultados terapêuticos. Por outras palavras, a investigação tem vindo a reforçar a ideia de que certas narrativas são, de facto, mais terapêuticas do que outras.

2.3. Estrutura, processo e conteúdo narrativos – A proposta de Óscar Gonçalves

Gonçalves (2000) propõe aquela que é, do nosso ponto de vista, a abordagem mais compreensiva das narrativas, já que integra aspectos referidos por outros autores numa sistematização abrangente e propõe uma metodologia de análise narrativa coerente com esse modelo. Será esta a metodologia que irá nortear a nossa investigação empírica.

Para Gonçalves (2000) os seres humanos mais adaptados serão aqueles “ (...) que dispõem de uma rede flexível de narrativas que lhes permitam a adaptação a múltiplos contextos de sobrevivência psicológica” (p.60). Este autor propõe três dimensões essenciais da matriz narrativa que comportarão em si as limitações e as potencialidades da construção narrativa de cada indivíduo: referimo-nos à estrutura, ao processo e ao conteúdo.

Assim, a construção de uma narrativa estruturada, percebida como tal pelo próprio indivíduo e pela sua comunidade discursiva, abre-se ao desenvolvimento do sentido de (co)autoria e a uma integração da diversidade das experiências através da sua significação coerente. O processo narrativo, por seu lado, espera-se complexo através da inclusão de elementos sensoriais, emocionais, cognitivos e de significação, numa construção narrativa que se mostre proactiva e criativa. Por último, uma narrativa que apresente diversidade ao nível dos conteúdos, dos temas que aborda e do que lhes dá corpo (personagens, acontecimentos, acções) permite a articulação de uma multiplicidade de experiências, reflectindo com uma organização própria a própria multiplicidade do mundo.

A psicopatologia será, então, conceptualizada em termos da incapacidade de organizar e dar significado à explosão constante e caótica de experiências (sensoriais, emocionais, cognitivas) que constituem o quotidiano do ser humano. (cf. Gonçalves, Korman & Angus, 2000). Sendo que este processo de construção de significados não ocorre num qualquer ‘interior’ do indivíduo mas antes, como já vimos, é culturalmente construído, também este falhar da construção narrativa afasta o indivíduo da sua comunidade conversacional, produzindo-se assim a ‘loucura’ (Gonçalves, 2000). Assim, o indivíduo passa a ver a sua realidade como uma história fechada a toda a multiplicidade ou criatividade, perfeitamente acabada ainda que eventualmente caótica, dotada de absolutismo e insubstituível, em vez de se considerar em constante processo de negociação entre si próprio e os outros, entre as suas experiências e o

mundo. Vejamos as implicações desta relação entre narrativa e psicopatologia ao nível das três dimensões narrativas propostas por Gonçalves (2000): estrutura, processo e conteúdo.

A estrutura que se encontra na base de uma história foi já apontada por Baerger & McAdams (1999) como um elemento culturalmente invariante das histórias que se contam, ou seja, os indivíduos de determinada comunidade conversacional esperam que determinadas regras de construção narrativa sejam seguidas para que o resultado seja uma história reconhecida como tal, não apenas clara mas também “intuitivamente satisfatória” (Baerger & McAdams, 1999). Aliás, a investigação empírica tem demonstrado não só que as histórias que apresentam uma organização estrutural clássica são mais facilmente recordadas do que as histórias que se desviam desta estrutura mas também que para melhor recordar este último tipo de histórias os indivíduos tendem a reorganizar ou inventar elementos que permitam configurar a história numa grelha mais clássica (v. Baerger & McAdams para uma revisão). Assim, a dificuldade em estabelecer uma continuidade histórica coerente, em criar conexões dentro de cada história e entre as diferentes histórias da vida tenderá a encerrar o indivíduo num processo de rigidificação que torna difícil a abertura a novas vivências. É neste contexto de significação que, de acordo com Gonçalves (2000), o indivíduo experiencia sensações de estranheza e distanciamento face ao mundo e a si próprio, sentimentos de desrealização, despersonalização e solidão. Emerge assim um discurso muitas vezes incoerente e desorganizado, tanto pela incapacidade de construir narrativas de uma forma coerente como pela incapacidade de as interligar na narrativa da vida, pautado por vazios nas memórias do passados e pela falta de sentido para a vida – está em causa o próprio sentido de autoria. Desta forma, torna-se possível identificar elementos discursivos de incoerência através da análise estrutural das narrativas: “ (...) discurso superficial ou tangencial; sobreinclusividade ou excessiva abstracção; circunstancialismo ou desconexão; ausências ou amnésias electivas” (Gonçalves, 2000, p. 76-77). A investigação tem vindo, desde há alguns anos, a mostrar evidência da estreita relação entre a saúde mental de um indivíduo e narrativas adaptativas, integradas e coerentes sobre si próprio. Baerger & McAdams (1999), por exemplo, encontraram uma associação significativa entre a coerência em narrativas autobiográficas de uma população não-clínica e três indicadores de bem-estar psicológico: depressão, felicidade e

satisfação com a vida. Gonçalves *et al.* (2001a) referem estudos efectuados com populações clínicas que verificaram que a situações graves em termos de psicopatologia correspondiam níveis baixos de estruturação narrativa. Também Pennebaker (1993), como já referimos, encontrou melhorias significativas nos sujeitos que evoluíram no sentido de uma maior coerência estrutural ao longo dos dias de escrita.

No que diz respeito aos processos narrativos, a psicopatologia parece estar associada a um empobrecimento na diferenciação das experiências a diferentes níveis: sensorial, emocional, cognitivo e de atribuição de significados. O indivíduo parece traçar uma fronteira à sua própria expansão narrativa, reduzindo-se a um discurso que é redundante em torno de determinados aspectos (na maioria das vezes desagradáveis) da sensorialidade, que evita as experiências emocionais e cognitivas, ou que as descreve sempre da mesma forma. Assim, a pluralidade das experiências vividas entre si e os outros cede lugar à singularidade de uma expressão reducionista (Gonçalves, 2000). A investigação de Angus, Levitt & Hardtke (1999), apoia esta perspectiva. Como já apontámos, de acordo com os estudos que realizaram com pacientes de psicoterapia, a sua evolução positiva encontra-se associada a uma maior diferenciação do processo narrativo, passando de um modo externo a uma maior elaboração nos níveis interno e reflexivo. Também Pennebaker (1993) apresenta resultados congruentes com esta abordagem, já que demonstrou que a melhorias mais significativas ao nível da saúde física e psicológica estava associada uma evolução narrativa ao nível dos aspectos internos e de significação da experiência.

A dimensão do conteúdo narrativo remete para a redução da multiplicidade como expressão psicopatológica, já que a experiência se tende a organizar em torno de guiões de significação (Gonçalves, 1998, 2000a) que se constituem em invariantes temáticos. O sujeito tende assim a ficar preso de uma narrativa protótipo em função da qual são organizadas as experiências passadas, presentes e futuras. Assim, a monotonia e a previsibilidade apoderam-se do discurso do indivíduo, que tende a repetir invariavelmente os mesmos temas, a descrever as mesmas sequências acções, nos mesmos contextos e com os mesmos personagens. Está assim aberto caminho à classificação das narrativas produzidas em termos de indiferenciação discursiva – os protótipos narrativos. Gonçalves, Maia, Alves, Soares, Duarte & Henriques (1996) realizaram um estudo abrangente com vista a esclarecer esta

questão: foram recolhidas narrativas sobre acontecimentos de vida significativos em entrevista a sujeitos diagnosticados com diferentes psicopatologias: 18 dependentes de heroína, 20 alcoólicos, 11 anoréticos, 24 perturbação de pânico com agorafobia e 20 depressivos. A análise das entrevistas permitiu a construção de 5 narrativas protótipo que foram posteriormente avaliadas pelos sujeitos dos respectivos grupos de psicopatologia como significativamente relacionadas com as suas vidas (validação convergente). Conclui-se assim que a organização do discurso de diferentes tipos de psicopatologia se faz em torno de núcleos narrativos que “fecham” as experiências ao constituírem a matriz a partir da qual outras experiências são categorizadas, ordenadas e intencionalizadas. Desta forma, estas disfunções parecem apresentar uma organização cognitiva de natureza específica que é passível de identificação através das narrativas protótipo. Gonçalves & Machado (2000) afirmam que “Os dados destes estudos sugerem que pessoas diagnosticadas com diferentes patologias podem ser diferenciadas em termos de narrativas emocionais invariantes.” Foi ainda estada a validade divergente destas narrativas, para o que cada sujeito ordenou as 5 narrativas protótipo de acordo com a semelhança com um acontecimento de vida significativo próprio. Seguidamente, cada um classificou ainda cada narrativa de acordo com a proximidade a um acontecimento de vida pessoal. Esta tarefa foi pedida aos próprios sujeitos, a outros significativos, e a um grupo de clínicos. Os resultados indicaram que enquanto os clínicos conseguiram identificar a narrativa protótipo de cada grupo psicopatológico, apenas os pacientes deprimidos se identificaram significativamente com o protótipo depressivo. Ainda assim, os pacientes agorafóbicos identificaram-se mais com a sua narrativa correspondente do que com as narrativas protótipo da dependência de opiáceos e da anorexia, sendo que os outros significativos dos pacientes agorafóbicos demonstraram resultados semelhantes aos dos próprios pacientes.

Partindo destes pressupostos, torna-se possível concluir que existe uma estreita associação entre determinadas formas de sofrimento e certas configurações narrativas (Gonçalves, 1994). Sabe-se ainda, retomando os estudos de Pennebaker (1999) e de Angus *et al.* (2004), entre outros, que certas formas de elaboração narrativa promovem resultados terapêuticos mais claros do que outras. É neste contexto que surge a proposta de Gonçalves

(2000) de uma psicoterapia cognitiva narrativa, que propõe três fases para o desenvolvimento do processo terapêutico: recordação, adjectivação e projecção. Cada uma destas fases é focalizada (ainda que não exerça o seu efeito de forma exclusiva, como é óbvio) no desenvolvimento de cada uma das dimensões narrativas pretendendo-se alcançar, respectivamente, maior coerência ao nível da estrutura, maior complexidade no que se refere ao processo e maior multiplicidade no que concerne aos conteúdos. Assim, na fase da recordação, o terapeuta intencionaliza a intervenção no sentido da reconstrução de memórias episódicas de forma a “ (...) abrir o paciente para novos episódios da sua experiência como condição da sua posterior diferenciação semântica” (Gonçalves, 2000, p. 120). Na segunda fase, a da adjectivação, o foco é orientado para a diferenciação de sensações, emoções, pensamentos e significados a fim de fomentar no paciente a capacidade de construir a sua própria experiência de formas alternativas e através da simbolização. Por último, a fase da projecção abre espaço à introdução de diversidade na vida do paciente, permitindo desenvolver um profundo sentido de autoria.

Este modelo de intervenção foi já estudado empiricamente com uma população de vítimas de enfarte de miocárdio (Rosas, 2000). Os sujeitos foram distribuídos aleatoriamente por dois grupos: um grupo de tratamento, de acordo com o *Manual Terapêutico Para a Elaboração Narrativa dos Aspectos Psicossomáticos do Enfarte do Miocárdio* (Gonçalves, Machado e Rosas, 1997) e um grupo de controlo. Os resultados em termos de medidas de bem-estar emocional e físico demonstraram que o grupo de tratamento melhorou significativamente em comparação com o grupo de controlo. O autor analisou as narrativas produzidas ao longo dos 3 dias de intervenção através do NPCCS de Angus *et al.* (1996), tendo concluído que “ (...) os doentes que mais melhoram do ponto de vista psicológico são os que melhor descrevem o acontecimento em termos sensoriais, emocionais, cognitivos, e que mais significados retiram da experiência” (Rosas, 2000, p. 190)

Resta responder a uma questão: como analisar as narrativas produzidas pelos indivíduos? Como avaliar quais os elementos narrativos em causa? Mais do que a soma de palavras isoladas, ou mesmo do que a sequência de fragmentos narrativos, para compreender a emergência de significados a partir da linguagem há que compreender “ (...) o modo como as

palavras se vão relacionando umas com as outras no estabelecimento de uma matriz narrativa” (Gonçalves, 2000, p.72). De facto, as abordagens narrativas assumem que para que o indivíduo seja capaz de construir coerência a partir da sua experiência, caracterizada por uma natureza caótica e plural, precisa de organizar esta experiência narrativamente (Gonçalves, 2000). De acordo com este posicionamento, será legítimo assumir que a análise da matriz narrativa permite a construção de organizações idiossincráticas de significações. Gonçalves (2000) propõe que esta análise seja realizada a partir das três dimensões centrais por si propostas: a estrutura, o processo e o conteúdo narrativos – sendo que estes três aspectos traduzem, respectivamente, a coerência, a complexidade e a multiplicidade da organização que cada indivíduo introduz na sua experiência. O disfuncionamento psicológico será, neste quadro de leitura, entendido como “ (...) uma alteração do funcionamento narrativo, uma vez que o indivíduo está preso a uma construção discursiva unívoca e redundante da experiência, incapaz de construir uma narrativa que seja, ao mesmo tempo, diversificada, complexa e coerente” (Gonçalves, 2000, p.114). Assim, o autor propõe a análise da matriz narrativa segundo três instrumentos – o Manual de Avaliação da Estrutura e Coerência Narrativa (Gonçalves, Henriques e Cardoso, 2001); o Manual de Avaliação do Processo e Complexidade Narrativa (Gonçalves, Henriques, Alves e Rocha, 2001); e o Manual de Avaliação do Conteúdo e Multiplicidade Narrativa (Gonçalves, Henriques, Soares e Monteiro, 2001)⁴ – que, no seu conjunto, darão conta da forma como cada indivíduo constrói e organiza o seu conhecimento de si, dos outros, do mundo... e, mais ainda, a sua própria experiência. Este sistema de codificação, ao não passar pela divisão do texto em unidades de codificação compartimentadas, permite uma apreciação *gestáltica* do texto produzido, particularmente adequada à análise da matriz narrativa. Senão, vejamos: temos vindo a defender que as emoções adquirem significado(s) quando são enquadradas numa matriz narrativa, concordando com Gonçalves & Machado (2000) quando afirmam que “Toda a construção de significado emocional é co-dependente de uma ordem narrativa” (p.352). Diz-nos ainda Gonçalves (1997) que “Uma hermenêutica da linguagem (...) não pode ser vista como resultando exclusivamente das palavras assumidas como elementos únicos da simbolização abstracta. Se assim fosse, as palavras transformar-se-iam nos novos *quarks* de uma psicologia

⁴ Os Manuais serão descritos mais aprofundadamente na secção dedicada à Metodologia.

discursiva e iríamos regredir a algumas das perspectivas essencialistas que dominaram a psicolinguística” (p. xiv). É através da combinação das palavras, da sua articulação num enredo que se constroem proactivamente múltiplos significados – ou seja, é no seio de uma matriz narrativa que se cria a realidade, é aí que emergem os múltiplos sentidos da existência (Gonçalves, 1997). Desta forma, compartimentar a narrativa através da contagem de palavras ou mesmo de segmentos de significado poderá empobrecer a carga emocional do que é contado uma vez que se trata de retirar palavras de um contexto onde elas adquiriam valor. Assim, corre-se o risco de desprezar o valor emocional de certas palavras que só o adquirem no seio da trama narrativa, bem como a qualidade geral da história que é escrita na sua *gestalt*. Mais ainda, esta análise revela-se como a mais abrangente, uma vez que o conjunto dos três manuais permite considerar não só conteúdos narrativos (como acontece com os estudos de Pennebaker, 1999, através do LIWC), como também os processos narrativos (como proposto por Angus *et al.*, 1996) e ainda a estrutura das narrativas (como sugerido por Labov & Waletzky, 1967 ou Baerger e McAdams, 1999). De facto, o estudo das narrativas construídas em contextos terapêuticos tem-se centrado na análise dos conteúdos do discurso (Pennebaker, 1999) e dos processos narrativos (Angus *et al.*, 1999). Por outro lado, à excepção do estudo de Baerger e McAdams (1999), as análises ao nível da estrutura têm sido realizadas apenas com o objectivo de definir unidades estruturais que possam, por sua vez, ser avaliadas em termos de conteúdo (v. Viney & Bousfield, 1991, e Roth & Nelson, 1997, por exemplo).

Foram já realizados estudos com o objectivo de analisar a estrutura, o processo e o conteúdo de narrativas espontâneas, nas quais os sujeitos são convidados a contar um episódio de vida significativo, sendo que “Os três manuais desenvolvidos para avaliar a estrutura, o processo e o conteúdo narrativos foram úteis para alcançar um bom acordo inter-juízes” (Gonçalves *et al.*, 2002). Passamos a descrever estas investigações.

Gonçalves, Henriques, Alves & Soares (2002) desenvolveram um estudo empírico com o objectivo de caracterizar em termos de estrutura, processo e conteúdo as narrativas *Zénith* (relatos de acontecimentos associados à ideia de sucesso) e *Nadir* (relatos de acontecimentos associados à ideia de insucesso) de sujeitos diagnosticados com agorafobia. Tratava-se aqui de narrativas espontâneas relatadas para um gravador e transcritas seguidamente a fim de

serem codificadas. Os resultados evidenciaram um maior grau de coerência da estrutura narrativa, seguido da diversidade de conteúdo, aparecendo como menor o grau de complexidade do processo narrativo. As narrativas *Zénith* e *Nadir* apenas se diferenciaram na dimensão da objectivação (parâmetro do processo narrativo): os indivíduos com agorafobia tendem a objectivar significativamente mais os acontecimentos negativos do que os positivos. De salientar que foi alcançado um elevado acordo inter-juízes quer para cada dimensão dos três manuais quer para o total; revelou ainda um elevado nível de consistência interna para cada manual.

Os mesmos autores (Gonçalves, Henriques, Alves & Soares, 2003) compararam ainda as características das narrativas de sujeitos com agorafobia (40) e dependentes de opiáceos (27) em termos de estrutura, processo e conteúdo narrativos. As transcrições foram cotadas por 6 psicólogos clínicos (dois por cada manual) com 60 horas de treino e um nível de acordo superior a 80% para cada uma das quatro dimensões de cada manual. No que diz respeito aos resultados, tanto para os agorafóbicos como para os dependentes de opiáceos as narrativas espontâneas evidenciam níveis mais elevados de estrutura do que de elaboração aos níveis do processo ou conteúdo narrativos. Estes resultados parecem confirmar a noção de que os pacientes estruturam as suas narrativas de forma coerente, mas pobre em diversidade e flexibilidade.

A avaliação em termos de estrutura, processo e conteúdo narrativos foi a metodologia aplicada num outro estudo realizado na Universidade de Santa Bárbara, Califórnia, que compara terapia cognitiva narrativa, terapia cognitiva e terapia prescritiva em pacientes com duplo diagnóstico (depressão e dependência química). Os resultados indicaram que os efeitos de tratamento são clinicamente significativos para qualquer dos modelos de intervenção, mas que não emergiram diferenças significativas entre si; mais ainda, foi analisada a evolução em termos de estrutura, processo e conteúdo narrativos nas sessões dos três tipos de tratamento, através da comparação entre as sessões inicial, intermédia e final de cada paciente, tendo sido encontrados padrões diferentes para os sujeitos que melhoraram mais e para os que melhoraram menos: os indivíduos que mais melhoraram evidenciaram mudanças ao nível da estrutura, processo e conteúdo narrativos; este padrão não emergiu nos indivíduos que menos melhoraram; por último, encontrou-se que foi a terapia cognitiva narrativa que demonstrou um

desenvolvimento positivo da complexidade do processo, da multiplicidade de conteúdos e da coerência da estrutura nas narrativas analisadas (Gonçalves, 2004).

Estão em curso, neste momento, investigações que visam caracterizar a produção narrativa em termos de estrutura, processo e conteúdo em populações com outras problemáticas específicas: jovens institucionalizados e vítimas de maus-tratos, adolescentes adoptados⁵ e toxicodependentes em processo de tratamento⁶. Encontra-se ainda a decorrer um estudo da narratividade em crianças com Síndrome de Williams que pretende contribuir para o esclarecimento dos aspectos neurobiológicos subjacentes à expressão narrativa (Gonçalves, em curso). Também o desenvolvimento narrativo constitui um importante alvo de interesse, já que permitirá caracterizar em termos de estrutura, processo e conteúdo a produção narrativa de crianças e adolescentes⁷. O presente estudo insere-se neste grupo de investigações.

3. Narrativas e seropositividade para o VIH

Saber-se seropositivo para o VIH introduz uma descontinuidade narrativa no discurso da pessoa infectada. A construção de significados para a experiência e a oportunidade de se expressar emocionalmente constituirão duas dimensões que, sendo promovidas pela tarefa narrativa, se assumem (como vimos na parte 1) como fundamentais num processo de adaptação. Ao ter oportunidade de se contar, cada indivíduo poderá restabelecer a continuidade narrativa da sua história, expressar as vivências que lhe dão corpo e projectar-se num futuro que se abra à multiplicidade de construções possíveis de si próprio, dos outros e do mundo. Ganham assim sentidas as investigações/ intervenções narrativas nesta problemática, que descrevemos em seguida.

Viney & Bousfield (1991) realizaram um estudo com o objectivo de testar o valor de uma metodologia de análise de narrativas na delimitação de histórias em entrevistas a homens

⁵ Estudos a serem realizados no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica, Universidade do Porto, sob a orientação da Professora Doutora Margarida Rangel Henriques.

⁶ Estudo a ser realizado no âmbito do Mestrado em Psicologia Clínica, Universidade do Minho, sob a orientação do Professor Doutor Óscar Gonçalves.

⁷ *Idem.*

infectados com o VIH pertencentes a duas comunidades gay. Esta metodologia assenta na identificação de 6 elementos estruturais: *core narrative*, ou narrativa nuclear; resumo; orientação; *complicating action*, ou acção em sequência; avaliação; e conclusão ou *coda*. Os resultados apontaram para uma consistência adequada na identificação de narrativas numa amostra de 10 entrevistas por dois ouvintes (com acordo superior a 85%); a consistência tende a diminuir com o aumento do número de ouvintes e com a diminuição do número de entrevistas. Mais ainda, as narrativas nucleares foram distribuídas por 3 categorias (pessoais, interpessoais e comunitárias) de forma adequada por dois juízes independentes (com acordo superior a 85%). Quanto ao seu conteúdo, foram encontradas diferenças nas narrativas em função da comunidade em que os indivíduos se encontravam inseridos: a perda foi o sentimento dominante nos indivíduos da comunidade gay que havia experienciado mais mortes por SIDA; enquanto que o sentimento de traição predominou nos discursos dos indivíduos da comunidade gay que se mostrou menos apoiante.

Roth & Nelson (1997) desenvolveram um estudo das narrativas produzidas por indivíduos seropositivos para o VIH sobre o momento do seu diagnóstico. A análise das narrativas seguiu o modelo proposto por Viney & Bousfield (1991). No entanto, tal como no estudo realizado por estes autores, os seis aspectos estruturais identificados foram apenas usados pelos autores para fazer emergir micro-narrativas e identificar os seus temas, de forma que a exploração subsequente se deu apenas em função das temáticas abordadas a propósito do momento do diagnóstico. Ou seja, não foram analisadas as narrativas em si, mas apenas os conteúdos, salientando-se o contraste entre o enorme impacto do diagnóstico e a forma ligeira com que se gere a transmissão desta informação.

Stevens & Doerr (1997) solicitaram a um grupo de mulheres seropositivas que falassem acerca do impacto do diagnóstico nas suas vidas, tendo como base três questões: as suas experiências subjectivas enquanto seropositivas para o VIH, o contexto da comunicação do diagnóstico, e o impacto do diagnóstico nas suas vidas. Os textos produzidos em entrevista foram analisados de acordo com a técnica de análise multi-nível, que tem em conta a estrutura (orientação, avaliação e resolução) e também a análise temática. Salientou-se nas suas histórias a dimensão traumática das vivências da seropositividade, mais uma vez decorrente predominantemente de uma análise dos conteúdos expressos nas narrativas.

Vierra (2001) investigou a importância das verbalizações de crenças positivas no processo de adaptação à seropositividade ao VIH partindo da análise de narrativas através de um sistema de codificação que permitia identificar verbalizações de crenças positivas. Concluiu-se que a uma maior quantidade destes indicadores estavam associados menores índices de depressão.

Robalo (2000) realizou um trabalho de investigação sobre a elaboração narrativa no confronto com o diagnóstico de seropositividade para o VIH. Utilizando o paradigma de Pennebaker, obteve resultados promissores no que diz respeito ao efeito da intervenção através da escrita, apontando diferenças significativas nos valores associados à sintomatologia psicopatológica entre o momento do confronto e após três meses no sentido de uma diminuição da gravidade da sintomatologia depressiva acompanhada duma diminuição geral da sintomatologia psicopatológica, bem como de uma evolução positiva das expectativas face ao futuro. Mais ainda, foram encontrados por Robalo (2000) dois grupos distintos no que diz respeito à sintomatologia psicopatológica avaliada através das escalas de auto-relato BDI e BHS que se diferenciavam em diferentes aspectos.

A análise das narrativas foi realizada de acordo com duas metodologias diferentes: o NPCS de Angus *et al.* (1996) e o LIWC de Francis & Pennebaker (1992). Assim, ao nível do tipo de sequências narrativas e da sua evolução ao longo dos cinco dias de escrita tal como examinados através do *Narrative Process Coding System* (Angus, Hardtke & Levitt, 1996) a autora encontrou resultados que mostravam que o grupo “mais perturbado” apresentava uma percentagem mais elevada de sequências narrativas externas e internas do que o grupo “menos perturbado” (45% e 20% contra 40% e 10%), enquanto que a situação se invertia para as sequências reflexivas (50% no grupo “menos perturbado” contra 35% no “mais perturbado”). Mais ainda, descreve um aumento da percentagem do modo narrativo externo ao longo dos cinco dias de escrita para o grupo “mais perturbado” (de 39,5% nos dois primeiros dias para 51% nos dois últimos). A autora salienta ainda que o grupo “menos perturbado” apresenta um aumento da percentagem do modo interno (7,5% nos dois primeiros dias, comparados com 14% dos dois últimos) e uma diminuição da percentagem do modo reflexivo (53% nos dois primeiros dias contra 45% nos dois últimos). A análise do foco das narrativas também de

acordo com o NPCCS revelou que a percentagem de focalizações no Eu é maior no grupo “menos perturbado” (84%) do que no “mais perturbado”. Um outro modelo de análise aplicado foi o *Linguistic Inquiry Word Count* (Francis & Pennebaker, 1993), que permitiu apreciar a tonalidade emocional e cognitiva das palavras e da sua evolução ao longo dos cinco dias de escrita. Mais uma vez, através da comparação de percentagens de palavras a autora observou que: no grupo “mais perturbado”, a percentagem de palavras emocionais negativas aumenta ao longo dos primeiros 4 dias de escrita e a percentagem de palavras cognitivas diminui ao longo dos 5 dias; no grupo menos perturbado, a percentagem de palavras emocionais negativas diminui do primeiro para o último dia e a percentagem de palavras cognitivas aumenta também do primeiro para o último dia. Foram ainda analisados os temas que emergiram das narrativas dos sujeitos através de análise de conteúdo. A autora delimitou 24 categorias: catástrofe, choque, negação, culpabilidade, isolamento, tristeza, morte, perda, discriminação, sofrimento, transcendência, insegurança, partilha, perspectiva positiva, consciência da infecção, adaptação à infecção, vontade de viver, apoio da família, sofrimento de terceiros, contágio, contágio de terceiros, auto-estima, procura de informação e auto-valorização. Mais uma vez, os grupos “mais” e “menos perturbado” se diferenciam nas temáticas apresentadas e na sua evolução ao longo dos dias: “De um modo geral podemos observar que as narrativas dos sujeitos do grupo mais perturbado apresentam uma exclusividade temática à volta da negação, tristeza e morte. Por outro lado, o agrupamento menos perturbado embora apresente inicialmente as mesmas temáticas, os conteúdos das narrativas são mais diversificados e ricos” (Robalo, 2000, p.89).

Perante um panorama ao nível da investigação narrativa da problemática da seropositividade para o VIH que se caracteriza essencialmente por estudos centrados nos conteúdos do discurso (não na sua diversidade, mas na análise temática), por análises ao nível da estrutura que revelam interesse apenas ao nível da delimitação de excertos narrativos, e existindo um único estudo que se debruçou sobre as dimensões processuais da narrativa, parece-nos pertinente avaliar narrativamente a globalidade destas dimensões narrativas através da metodologia de análise proposta por Gonçalves et al., (2000), focando a um tempo a coerência estrutural, a complexidade de processos e a multiplicidade de conteúdos.

Parte II

Investigação da Estrutura, Processo e Conteúdo narrativos em indivíduos em
situação de adaptação à seropositividade ao VIH

1. Introdução

A notificação da seropositividade para o VIH apresenta-se como um momento de crise na trajectória de vida, provocando uma descontinuidade geradora de desequilíbrio e tornando urgente a construção de um novo equilíbrio. Reacções como depressão, ansiedade, confusão, preocupação, desespero, sentimentos de impotência e desesperança e isolamento social são consideradas comuns perante a notícia da seropositividade para o VIH. No entanto, a literatura tem sugerido que variáveis como suporte social, estratégias de coping adaptativas, verbalizações positivas, atitude optimista (mesmo baseada em crenças irrealistas), auto-estima, locus de controlo internalizado, tendência auto-actualizante (no sentido de Maslow) e atribuição de significados à experiência interferem positivamente no processo de adaptação psicológica (ou mesmo física) a esta nova condição. Fomentar o desenvolvimento de alguns destes aspectos parece ser possível, de acordo com a investigação neste domínio, através da promoção da expressão emocional e da construção de significados para a experiência. Ora, estas são duas das dimensões centrais na metodologia de intervenção de inspiração narrativa proposta por Pennebaker, que se apresenta assim como uma alternativa promissora na abordagem desta problemática.

A presente investigação tem como principal objectivo a caracterização das narrativas de indivíduos em situação de confronto com a notificação da seropositividade para o vírus da imunodeficiência humana. Assume-se como ponto de partida o estudo realizado por Robalo (2000) com narrativas produzidas por indivíduos na situação descrita de acordo com o modelo de intervenção de Pennebaker: os sujeitos foram convidados a escrever sobre os seus sentimentos e pensamentos ao longo dos cinco dias que se seguiram ao acontecimento perturbador, durante cerca de 15 minutos por dia, devendo fazê-lo sozinhos, num ambiente tranquilo, de forma contínua e sem qualquer preocupação com as correcções ortográficas. A análise das narrativas foi realizada de acordo com duas metodologias diferentes: o NPCCS de Angus *et al.*, 1996, e o LIWC de Francis & Pennebaker, 1992. Mais ainda, a comparação dos resultados do BDI, do BSI e do BHS obtidos nos momentos de pré-teste e pós-teste confirmaram uma relação positiva entre a melhoria nestes indicadores de psicopatologia e a

intervenção de acordo com o paradigma de Pennebaker numa população de indivíduos infectados com o VIH.

Neste estudo pretende-se caracterizar as narrativas que constituíram a matéria-prima do estudo de Robalo (2000) de acordo a metodologia apontada por Gonçalves *et al.* (2000), que preconiza a avaliação da estrutura, do processo e do conteúdo narrativos. Este sistema de avaliação da produção narrativa abre espaço a uma análise mais abrangente e completa do discurso, ao contrário de propostas anteriores que apenas contemplavam uma ou outra das facetas narrativas e não o seu conjunto (v. Angus *et al.*, 1996; Pennebaker, 1992; Baerger e MacAdams, 1999, por exemplo).

A principal questão a que se procurará responder será então: como se contam estes indivíduos? Até que ponto são as suas histórias coerentes, complexas e dotadas de diversidade? A resposta a esta questão será dada pela análise da estrutura, processo e conteúdo narrativos das *narrativas do primeiro dia* de escrita de acordo com o sistema de Gonçalves (2000), que permitirá caracterizar o discurso produzido pelos sujeitos no momento do confronto com o acontecimento perturbador. Uma segunda questão colocada diz respeito à evolução das narrativas ao longo dos dias de escrita, permitindo responder à questão: o que muda em termos de estrutura, processo e complexidade narrativos à medida que o sujeito se vai contando ao longo de cinco dias? Para dar resposta a esta interrogação, será realizada uma segunda análise passará pela comparação da estrutura, do processo e do conteúdo da totalidade do discurso produzido pelos sujeitos ao longo dos cinco dias de escrita – *narrativas totais* – com as mesmas dimensões das *narrativas do primeiro dia*. Poderão assim ser encontradas algumas pistas na identificação de dimensões narrativas cujo desenvolvimento se apresente como crítico na intervenção psicológica com indivíduos seropositivos para o VIH.

2. Metodologia

Começar-se-á por apresentar o grupo de participantes nas suas características sócio-demográficas, bem como na sua caracterização ao nível de psicopatologia. Passar-se-á então a descrever os instrumentos utilizados neste estudo, bem como os procedimentos seguidos. Por último, será feita uma descrição dos procedimentos seguidos na realização desta investigação.

2.1. Participantes

A amostra é constituída por 21 indivíduos, sendo 15 homens e 6 mulheres. As suas idades situam-se entre os 24 e os 52 anos. A via de infecção predominante é a sexual (para 15 dos indivíduos da amostra, incluindo a totalidade das mulheres), seguindo-se a via sanguínea através da partilha de material de consumo de drogas infectado (para 6 dos sujeitos). No que diz respeito à orientação sexual, 76,2% dos indivíduos que constituem a amostra são heterossexuais (incluindo a totalidade das mulheres), enquanto que 23,8% são homossexuais. Os participantes foram recrutados a partir dos serviços de doenças infecciosas de três hospitais e de um centro de saúde da área de Lisboa.

Quanto à caracterização em termos de psicopatologia, os dados relativos à informação fornecida pelos instrumentos de auto-relato (Beck Depression Inventory, Brief Symptom Inventory e Beck Hopelessness Scale) aplicados no momento imediatamente após o confronto, antes da tarefa narrativa, e 3 meses depois apontam para: a diminuição para os valores relativos ao BDI ($M_1=13,76$, $DP_1=9,80$; $M_2=7,76$, $DP_2=5,69$; $t_{20}=3,60$, $p<0,05$); a diminuição para os valores relativos ao BSI ($M_1=0,9548$, $DP_1=0,4783$; $M_2=0,7119$, $DP_2=0,3621$; $t_{20}=3,34$, $p<0,01$); e o aumento para os valores relativos ao BHS ($M_1=58,33$, $DP_1=17,83$; $M_2=77,38$, $DP_2=9,60$; $t_{20}=3,34$, $p<0,05$). O teste t de Student aplicado revelou que estas diferenças são significativas.

2.2. Instrumentos

2.2.1. Instrumentos de recolha das narrativas: o Paradigma de Pennebaker

O *Basic Writing Paradigm* tem vindo a ser utilizado por Pennebaker desde 1986. Constitui um instrumento de intervenção psicológica que incentiva a produção de discurso sobre si próprio, o que, de acordo com Pennebaker (1997), constitui “ (...) um poderoso agente terapêutico que pode explicar uma percentagem substancial da variância no processo de cura.” (p.162). De acordo com o modelo, os sujeitos são convidados a escrever durante 15 a 20 minutos por dia, 3 a 5 dias seguidos, sobre experiências pessoais altamente significativas. De acordo com Pennebaker (1997), as instruções são uniformes ao longo dos estudos e nelas é incentivada a expressão das emoções e dos pensamentos, é aberto espaço à inclusão de outros significativos, é permitido o alargamento temporal ao passado, presente ou futuro e a sua projecção pessoal nestes diferentes tempos, é assegurada a confidencialidade. Os sujeitos são ainda informados que podem escrever sobre o mesmo tema ou sobre temas diferentes ao longo dos dias e é-lhes dito que não se deverão preocupar com os erros. Deverão, no entanto, respeitar uma regra: uma vez iniciado o processo de escrita, este não deverá ser interrompido até o sujeito considerar que terminou.

2.2.2. Instrumentos de análise das narrativas: os Manuais de Avaliação das Narrativas

Os três manuais apresentados por Gonçalves (2000) apresentam em comum uma proposta global do método de codificação que deverá passar por seis leituras do texto a cotar. Assim, uma primeira leitura permite estabelecer um contacto global com o discurso do sujeito. Segue-se uma segunda leitura que precede a decisão de considerar ou não a existência de uma narrativa no discurso; recomenda-se neste passo o cumprimento do critério proposto por Labov & Waletzky (1967) e que postula a ligação de duas unidades de discurso no tempo. As quatro restantes leituras serão realizadas de forma dirigir preferencialmente a atenção a cada um dos quatro índices de cada Manual, sendo que cada um será codificado numa escala de Likert de 1 a 5 de acordo com o grau de presença do índice no texto: 1 – nada ou muito pouco;

2 – pouco; 3 – moderado; 4 – elevado; 5 – muito elevado. Descrevemos seguidamente cada um dos manuais em detalhe.

a. Manual de Avaliação da Estrutura e Coerência Narrativa

Este instrumento, desenvolvido por Gonçalves, Henriques e Cardoso (2001), foi desenhado para avaliar o grau de estrutura de narrativas produzidas oralmente. Inspirado na formulação de Baerger & McAdams (1999) para a avaliação da coerência de histórias de vida, tem as suas raízes conceptuais no modelo de estrutura narrativa de Labov & Waletzky (1967). A avaliação da estrutura e coerência narrativa realiza-se com base em quatro índices narrativos: orientação, sequência estrutural, comprometimento avaliativo e integração.

A orientação diz respeito à descrição dos elementos que contextualizam a história em termos das personagens em causa, do ambiente social, da localização espácio-temporal e das circunstâncias que enquadram um determinado acontecimento. As narrativas com um nível elevado de orientação são aquelas em que o enraizamento do acontecimento num dado contexto se torna claro para o interlocutor, enquanto que aquelas que pontuam baixo neste parâmetro tendem a transmitir uma sensação de desenquadramento ou isolamento narrativo.

A sequência estrutural avalia em que medida a narrativa contém os elementos considerados invariantes no relato de um episódio: acontecimento inicial, resposta interna a este acontecimento, acção e suas consequências. Estes elementos devem estar ordenados de acordo com uma lógica temporal, permitindo uma compreensão clara do acontecimento relatado, para que a narrativa tenha uma pontuação elevada neste índice. A uma baixa pontuação ao nível da sequência estrutural corresponde uma narrativa desorganizada, em que se torna difícil a compreensão da lógica dos acontecimentos.

O comprometimento avaliativo pretende dar conta do envolvimento do narrador com o acto de contar e do valor que atribui ao que é contado. Uma pontuação elevada neste índice reflecte uma narrativa em que é clara para o interlocutor a importância afectiva da história para o narrador, ao ponto de se criar uma sintonia emocional entre ambos. Pelo contrário, uma narrativa com baixa pontuação a este nível torna difícil a compreensão do envolvimento emocional do narrador.

A integração é o último índice da avaliação da estrutura narrativa e avalia a medida em que o fio condutor da história é claro, ou seja, até que ponto as contradições ou os desvios de discurso que eventualmente possam ter surgido ao longo da história se conjugam para a construção de um sentido comum. Reflecte ainda a congruência entre a intensidade emocional e o conteúdo da narrativa, bem como a sua verosimilhança. Um grau elevado de integração mostra que o narrador contou a sua história de uma forma unificada, lógica e integrada não só na própria narrativa como na sua história de vida. Pelo contrário, uma baixa pontuação reflecte uma narrativa em que as ambiguidades permanecem por resolver, em que o fio condutor não é claro e em que os acontecimentos não são integrados em contextos de vida mais alargados.

Outros estudos reportaram níveis elevados de fidelidade interobservadores (i.é., 96%) e de consistência interna (valores de Alpha entre .79 e .92) (Gonçalves, Henriques, Alves & Soares, 2002).

b. Manual de Avaliação do Processo e Complexidade Narrativa

Este instrumento foi desenvolvido por Gonçalves, Henriques, Alves & Rocha (2001) e pretende servir de base à avaliação do grau de complexidade do processo narrativo do discurso oral. Tendo sido inspirado na proposta de Lynne Angus (o NPCS, anteriormente descrito), operacionaliza-se através da cotação de quatro índices: objectivação, subjectivação emocional, subjectivação cognitiva e metaforização.

A objectivação concerne a descrição das experiências em termos da sua sensorialidade. Dá conta da medida em que o narrador se exprime em termos das características visuais, auditivas, olfactivas, tácteis e relativas ao paladar, bem como a outras sensações físicas, das suas experiências. As narrativas com alto grau de objectivação permitem ao leitor envolver-se em toda a complexidade do mundo sensorial do narrador, enquanto aquelas que pontuam baixo neste índice dificultam este tipo de envolvimento.

A subjectivação emocional diz respeito à expressão de emoções e sentimentos, através da descrição destes elementos ao longo do narrar do acontecimento. As narrativas ricas neste parâmetro fornecem ao leitor um quadro diverso e complexo dos estados afectivos do narrador. Pelo contrário, as que se apresentam com alguma pobreza ao nível da

subjectivação emocional ou não referem estes aspectos ou apresentam exclusiva e repetidamente uma determinada emoção.

A subjectivação cognitiva refere-se aos aspectos do discurso que correspondem à expressão dos pensamentos que o sujeito experiencia ao longo do acontecimento. O pensamento do narrador exprime-se de forma detalhada e diversificada nas narrativas com um bom grau de subjectivação cognitiva, enquanto que aquelas que pontuam baixo neste parâmetro não apresentam elementos que explicitem clara, diversa e pormenorizadamente a produção cognitiva do narrador.

Por fim, a metaforização. Este parâmetro traduz em que medida está explícita, na narrativa, a construção de significados para a experiência. Uma narrativa rica neste aspecto apresenta indicadores de um exercício aprofundado de meta-análise sobre os acontecimentos, de reflexão sobre a experiência, enquanto que uma narrativa fraca a este nível não permite aceder ao significado pessoal que determinada experiência teve para o narrador.

Outros estudos reportam níveis elevados de fidelidade interobservadores (i.e., 89%) e de consistência interna (valores de Alpha entre .66 e .87) (Gonçalves, Henriques, Alves & Soares, no prelo).

c. Manual de Avaliação do Conteúdo e Multiplicidade Narrativa

Este sistema, desenvolvido por Gonçalves, Henriques, Soares & Monteiro (2001), permite avaliar o conteúdo e multiplicidade narrativa. Foi igualmente concebido para aplicação ao discurso oral. Propõe a codificação de quatro tipos de conteúdo narrativo: multiplicidade de personagens, multiplicidade de cenários, multiplicidade de acontecimentos e multiplicidade de temas.

A multiplicidade de personagens traduz a apresentação dos intervenientes no acontecimento. Um elevado número personagens aponta para uma narrativa que se consegue descentrar de conteúdos demasiado estreitos, conseguindo um elevado grau de diversidade, enquanto que o aparecimento de apenas uma personagem está relacionado com uma narrativa fraca em diversidade.

No que diz respeito à multiplicidade de cenários, este índice traduz a diversidade de mudanças de contexto que o narrador foca no contar do acontecimento. Um elevado grau de multiplicidade de cenários indica uma história marcada pelo movimento entre diferentes contextos espaciais, enquanto que uma baixa pontuação neste nível indica a exclusividade de palcos narrativos.

A multiplicidade de acontecimentos refere-se à medida em que o narrador consegue incluir diferentes sequências narrativas na sua história. Uma boa narrativa a este nível deverá relatar vários acontecimentos, acompanhando a evolução dos múltiplos personagens. Pelo contrário, uma narrativa com baixo grau de multiplicidade de acontecimentos mostra que o narrador se tornou preso de determinada acção ou sequência narrativa.

Em último lugar surge a multiplicidade temática. Uma narrativa com vários temas remete para a diversidade narrativa, enquanto que a elaboração em torno de um tema único se reflecte numa baixa pontuação neste índice.

Outros estudos reportam níveis elevados de fidelidade interobservadores (i.e., 94%) e de consistência interna (valores de Alpha entre .86 e .90) (Gonçalves, Henriques, Alves & Soares, no prelo).

Ainda em relação a estes Manuais, uma última nota. Apesar de terem sido desenhados tendo em vista a aplicação ao discurso oral, neste estudo propõe-se a sua aplicação ao texto escrito – esta decisão foi tomada em parceria com todos os autores dos Manuais.

2.3. Procedimento

2.3.1. Procedimento de recolha das narrativas

O protocolo de investigação foi aplicado aos participantes uma semana após a sua tomada de conhecimento do diagnóstico de seropositividade para o VIH, aquando da sua deslocação à consulta de infecciologia. Nesse momento foi-lhes solicitado o preenchimento de três questionários (BDI, BSI e BHS). Mais ainda, foi explicada a tarefa de produção narrativa de

acordo com o paradigma de intervenção de Pennebaker, sugerindo-se que o acontecimento da notificação da seropositividade para o VIH fosse assumido como o acontecimento central. Foram ainda entregues folhas de registo para cinco dias de escrita. Transcorrido este período, teve lugar um novo encontro para entrega do material narrativo. Decorridos três meses, solicitou-se um novo preenchimento dos questionários de auto-relato (BDI, BSI e BHS).

2.3.2. Procedimento de cotação

As narrativas produzidas foram então cotadas de acordo com os Manuais de Avaliação de Estrutura e Coerência Narrativa, Processo e Complexidade Narrativa e Conteúdo e Multiplicidade Narrativa (Gonçalves, Henriques, Alves, Soares, Cardoso, Rocha e Monteiro, 2002). Esta cotação incidiu sobre duas narrativas diferentes: a narrativa do primeiro dia e a narrativa total (resultante do conjunto do material produzido sequencialmente ao longo dos cinco dias de escrita).

A cotação foi realizada por um grupo de doze psicólogos, divididos de acordo com a sua especialização na cotação de narrativas segundo cada um dos três Manuais de Avaliação (Estrutura, Processo e Conteúdo). Cada avaliador havia recebido formação específica na cotação de narrativas no sistema de cotação referido e apresentava, no momento do estudo, um mínimo de 60 horas de experiência de cotação de narrativas através do respectivo Manual.

Os 12 observadores envolvidos na tarefa de cotar as narrativas da presente amostra foram organizados em pares. As narrativas foram cotadas individualmente, tendo sido calculados índices de acordo para os 15% iniciais e finais da amostra⁸, respectivamente no início e no fim do processo de cotação, de forma a assegurar a uniformidade de critérios na cotação. As diferenças de grau encontradas na cotação foram resolvidas por consenso.

Todos os pares de observadores obtiveram acordos superiores a 80%, conforme se pode constatar pela consulta das Tabelas 1, 2 e 3; estes valores foram calculados de acordo com o *Whithin Class Correlation Coefficient* (Everitt and Hay, 1992 in Gonçalves et al., 2002).

⁸ Os referidos 15% corresponderam a 4 narrativas da presente amostra, uma vez que escolhemos arredondar pelo valor superior.

Tabela 1. Acordo inter-observadores para o Manual da Estrutura e Coerência Narrativa

Parâmetros da Estrutura Narrativa	Acordo inter-observadores	
	Narrativas do primeiro dia	Narrativas totais
Orientação	93,3%	100%
Sequência Estrutural	92,2%	92,5%
Comprometimento Avaliativo	92,8%	100%
Integração	87,8%	94,2%

Tabela 2. Acordo inter-observadores para o Manual do Processo e Complexidade Narrativa

Parâmetros do Processo Narrativo	Acordo inter-observadores	
	Narrativas do primeiro dia	Narrativas totais
Objectivação	81,1%	100%
Subjectivação Emocional	84,8%	81,4%
Subjectivação Cognitiva	88,3%	100%
Metaforização	80,3%	100%

Tabela 3. Acordo inter-observadores para o Manual do Conteúdo e Multiplicidade Narrativa

Parâmetros do Conteúdo Narrativo	Acordo inter-observadores	
	Narrativas do primeiro dia	Narrativas totais
Personagens	92,5%	100%
Cenários	95,1%	92,3%
Acontecimentos	92,3%	84,4%
Temas	92,3%	92,5%

2.3.3. Procedimento de análise dos dados

A análise dos dados resultantes da aplicação dos Manuais de Estrutura, Processo e Conteúdo Narrativos às narrativas produzidas pelos indivíduos nos cinco dias seguintes à sua notificação como seropositivos para o VIH foi aplicada a duas narrativas diferentes: a correspondente ao texto produzido no primeiro dia – referida a partir deste ponto como *narrativa do primeiro dia* – e a correspondente à totalidade do texto produzido ao longo dos cinco dias – referida a partir deste ponto como *narrativa total*.

A análise das *narrativas do primeiro dia* permite-nos caracterizar o discurso dos indivíduos no momento do confronto com o diagnóstico em termos de estrutura, processo e conteúdo narrativos. Por outras palavras, fornece a resposta à questão: até que ponto são

coerentes, complexas e diversificadas as narrativas produzidas neste primeiro momento de reacção a uma situação de crise específica?

A aplicação dos Manuais às *narrativas totais* permite-nos ir um pouco mais além da sua caracterização em termos das dimensões narrativas apontadas. Senão, vejamos: considera-se que, não havendo mudança de interlocutor ao longo dos cinco dias, o processo de escrever se pautou pela continuidade. Ou seja, em cada dia de escrita o narrador foi acrescentando novo material narrativo ao produto já existente (tanto mais que se tratava de texto escrito, adquirindo assim uma natureza mais permanente e menos fugidia do que o discurso oral). Ora, uma vez que a metodologia de análise das narrativas proposta privilegia a *gestalt* do discurso produzido, não faria sentido a análise fragmentada do discurso produzido em cada um dos dias de escrita, uma vez que implicaria introduzir uma ruptura artificial numa narrativa ecologicamente produzida em continuidade. Assim, o objectivo de analisar a mudança no discurso implicou a procura das diferenças entre as narrativas totais e as narrativas produzidas no primeiro dia, de forma a destacar em que as primeiras se distinguem. A questão a que procuraremos responder pode, então, ser formulada da seguinte forma: o que é que se acrescenta (ou não) em termos de Estrutura, Processo e Conteúdo narrativos na tarefa de se contar ao longo de cinco dias?

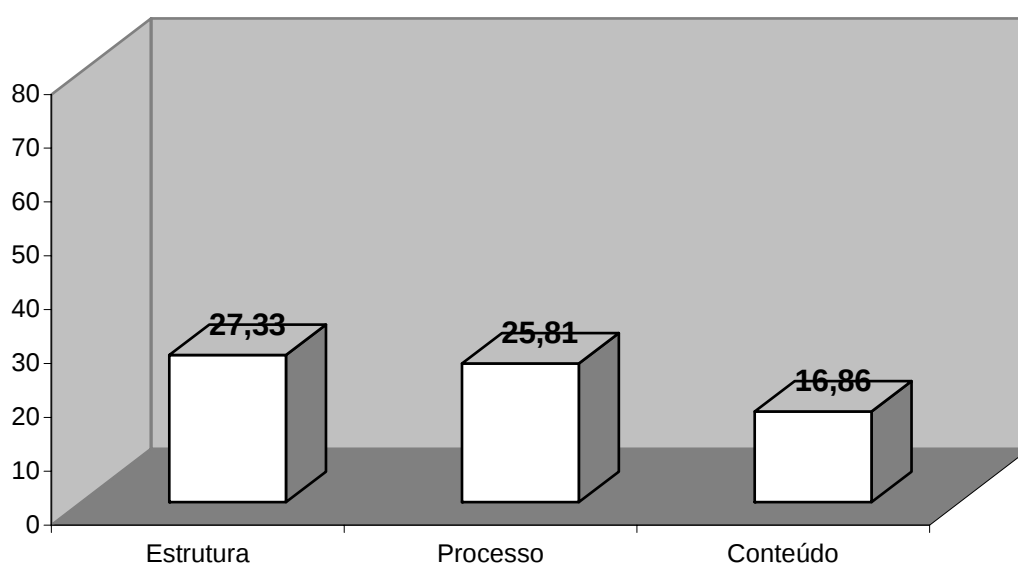
3. Resultados

Começaremos por apresentar os dados relativos à caracterização das *narrativas do primeiro dia*, primeiro nas notas globais atribuídas às três dimensões e depois descrevendo, em cada uma das dimensões, os resultados relativos aos quatros parâmetros constituintes. Seguidamente, iremos apresentar os resultados relativos à comparação entre as *narrativas totais* e as *narrativas do primeiro dia*. Esta comparação será apresentada para cada uma das dimensões (estrutura, processo e conteúdo) tendo em conta em primeiro lugar as notas globais e seguindo-se a apresentação dos dados relativos aos respectivos parâmetros.⁹

3.1. Caracterização das *narrativas do primeiro dia*

A Figura 1 mostra os resultados relativos às notas globais calculadas para cada dimensão das *narrativas do primeiro dia*.

Figura 1. Notas Globais das narrativas do primeiro dia



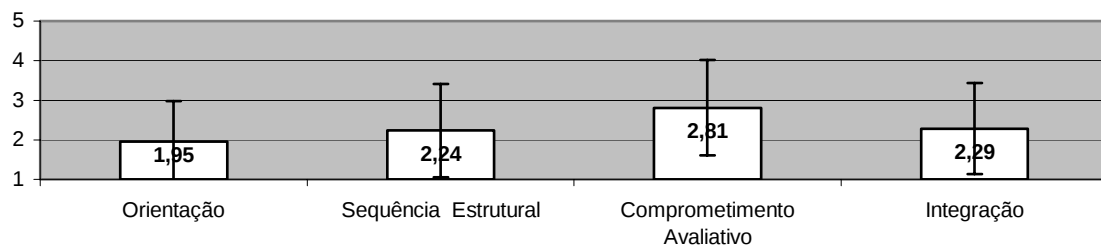
Verificamos assim que para as *narrativas do primeiro dia* a dimensão mais elevada é a da estrutura narrativa ($M=27,33$, $DP=20,63$), seguida do processo narrativo ($M=25,81$, $DP=14,75$) e finalmente do conteúdo narrativo ($M=16,86$, $DP=11,39$). O teste de Friedman

⁹ Os resultados serão apresentados com o apoio de quadros que resumem a informação estatística e também de figuras que permitem uma melhor visualização dos dados.

aplicado revelou a existência de diferenças significativas ($\chi^2 (2) = 11,375$, $p < 0,01$). O teste de Wilcoxon realizado a fim de determinar entre que pares de variáveis se situavam estas diferenças revelou que as notas globais atribuídas ao conteúdo são significativamente mais baixas do que as atribuídas tanto à estrutura ($z = -3,300$, $p < 0,005$) como ao processo ($z = -3,052$, $p < 0,005$). Entre as notas atribuídas à estrutura e ao processo não existem diferenças significativas.

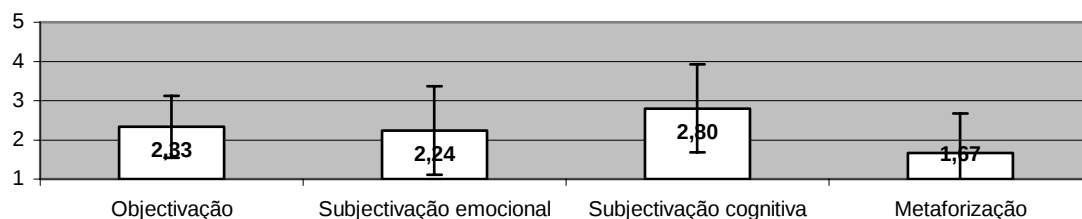
A Figura 2 apresenta as médias dos valores atribuídos às *narrativas do primeiro dia* em cada índice de **estrutura e coerência narrativa**. Verificamos que as narrativas se situam abaixo do nível moderado em todas as dimensões. A orientação ($M=1,95$; $DP=1,02$) é o índice que pontua mais baixo, seguido da sequência estrutural ($M=2,24$; $DP=1,18$) e da integração ($M=2,28$; $DP=1,15$). O índice com pontuação mais alta é o do comprometimento avaliativo ($M=2,81$; $DP=1,21$).

Figura 2. Estrutura das narrativas do primeiro dia



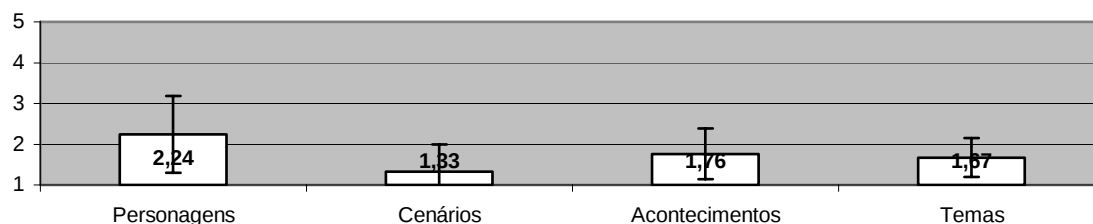
A Figura 3 apresenta as médias dos valores atribuídos às *narrativas do primeiro dia* de escrita em cada índice de **processo e complexidade narrativa**. Verificamos que as narrativas se situam abaixo do nível moderado em todas as dimensões. A metaforização ($M=1,67$; $DP=1,01$) é o índice que pontua mais baixo, seguido da subjectivação emocional ($M=2,24$; $DP=1,13$) e da objectivação ($M=2,33$; $DP=0,79$). O índice com pontuação mais alta é o da subjectivação cognitiva ($M=2,80$; $DP=1,12$).

Figura 3: Processo das narrativas do primeiro dia



A Figura 4 apresenta as médias dos valores atribuídos às *narrativas do primeiro dia* de escrita em cada índice de **conteúdo e multiplicidade narrativa**. Verificamos que as narrativas se situam abaixo do nível moderado em todas as dimensões. O índice de multiplicidade de cenários (M=1,33; DP=0,66) é o índice que pontua mais baixo, seguido da multiplicidade de temas (M=1,67; DP=0,48) e da multiplicidade de acontecimentos (M=1,76; DP=0,62). O índice com pontuação mais alta é o da multiplicidade de personagens (M=2,24; DP=0,94).

Figura 4. Conteúdo das narrativas do primeiro dia



A Tabela 4 apresenta o resumo dos dados respeitantes à caracterização das narrativas.

Tabela 4

Médias (desvios-padrão) das classificações das narrativas do primeiro dia: notas globais, teste de Friedman e testes de Wilcoxon que revelaram diferenças significativas e notas por parâmetro de cada dimensão narrativa.

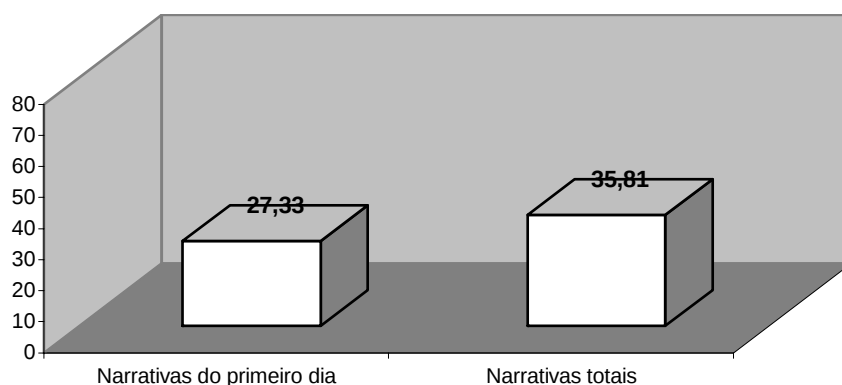
Estrutura					Processo				Conteúdo			
Notas globais	27,33				25,81				16,86			
	(20,63)				(14,75)				(11,39)			
	$\chi^2 (2) = 11,375, p < 0,01$											
	Estrutura (z = -3,300, p < 0,005)											
Processo (z = -3,052, p < 0,005)												
Notas por parâmetro	GO	GSE	GCA	GI	GO	GSE	GSC	GM	GMP	GMC	GMA	GMT
	1,95	2,24	2,81	2,28	2,33	2,24	2,80	1,67	2,24	1,33	1,76	1,67
	(1,02)	(1,18)	(1,21)	(1,15)	(0,79)	(1,13)	(1,12)	(1,01)	(0,94)	(0,66)	(0,62)	(0,48)

3.2. Evolução das narrativas ao longo dos cinco dias de escrita

Serão seguidamente apresentados os resultados relativos à comparação entre as notas obtidas para as *narrativas totais* e as notas obtidas para as *narrativas do primeiro dia*, de forma a determinar em que dimensões e em que parâmetros relativos a essas mesmas dimensões se registaram diferenças significativas.

A Figura 5 apresenta comparativamente as notas globais, calculadas a partir das notas de cada parâmetro, para a **estrutura narrativa**.

Figura 5: Comparação entre narrativas totais e narrativas do primeiro dia para as notas globais da Estrutura e Coerência Narrativa

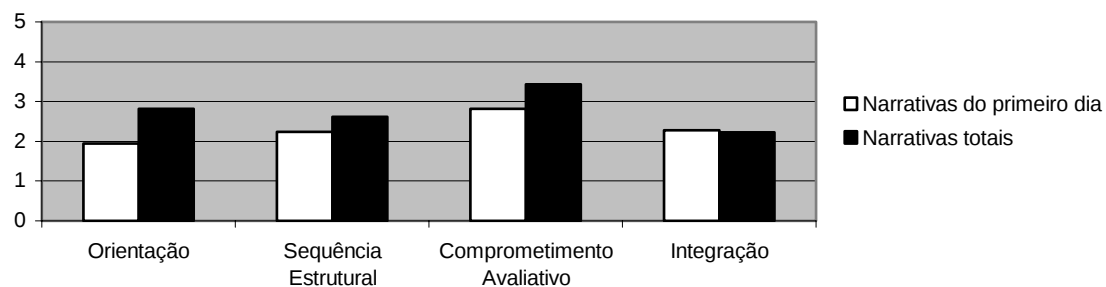


O teste de Wilcoxon aplicado indicou uma diferença significativa ($z = -2,315$, $p < 0,05$) entre as *narrativas totais* ($M = 35,81$; $DP = 17,35$) e as *narrativas do primeiro dia*.

A Figura 6 apresenta comparativamente os dados relativos a cada parâmetro da estrutura narrativa a fim de averiguar ao nível de que parâmetros se situa a diferença anteriormente referida¹⁰.

¹⁰ As médias encontradas para cada parâmetro da estrutura e coerência narrativa das narrativas totais foram as seguintes: para o grau de orientação, $M = 2,81$; $DP = 1,12$; para o grau de sequência estrutural, $M = 2,62$; $DP = 0,97$; para o grau de comprometimento avaliativo, $M = 3,43$; $DP = 1,25$; e por fim para o grau de integração, $M = 2,23$; $DP = 1,04$.

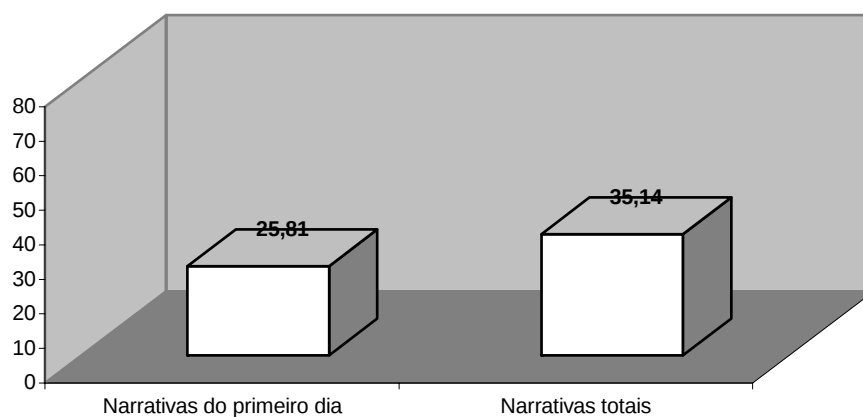
Figura 6. Comparação entre narrativas totais e narrativas do primeiro dia para os parâmetros Estrutura e Coerência Narrativa



Foram aplicados Testes de Wilcoxon com o objectivo de averiguar a existência de diferenças significativas entre as notas atribuídas às duas narrativas para cada parâmetro. Foram encontradas diferenças significativas entre as *narrativas totais* e as *narrativas do primeiro dia* ao nível do grau de orientação ($z = -3,491$, $p < 0,001$) e do grau de comprometimento avaliativo ($z = -2,968$, $p < 0,005$).

A Figura 7 apresenta comparativamente as notas globais, calculadas a partir das notas de cada parâmetro, para o **processo narrativo**.

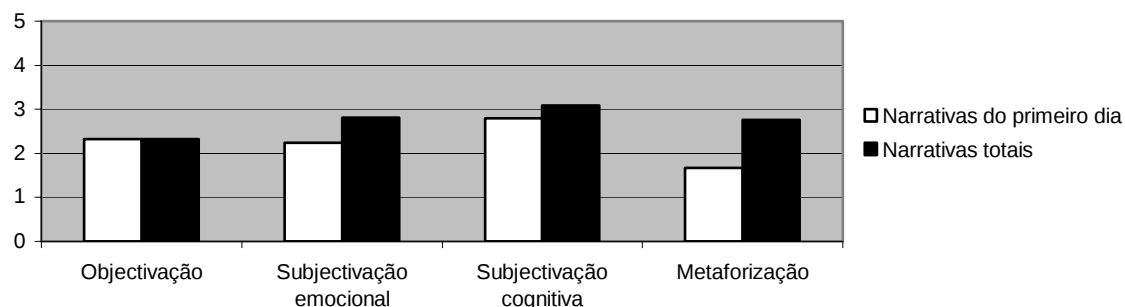
Figura 7. Comparação entre narrativas totais e narrativas do primeiro dia para as notas globais do Processo e Complexidade Narrativa



O Teste de Wilcoxon aplicado indicou uma diferença significativa ($z = -2,954$, $p < 0,005$) entre as *narrativas totais* e as *narrativas do primeiro dia*.

A Figura 8 apresenta comparativamente os dados relativos a cada parâmetro do processo narrativo a fim de averiguar ao nível de que parâmetros se situa a diferença anteriormente referida¹¹.

Figura 8. Comparação entre narrativas totais e narrativas do primeiro dia para os parâmetros do Processo e Complexidade Narrativa

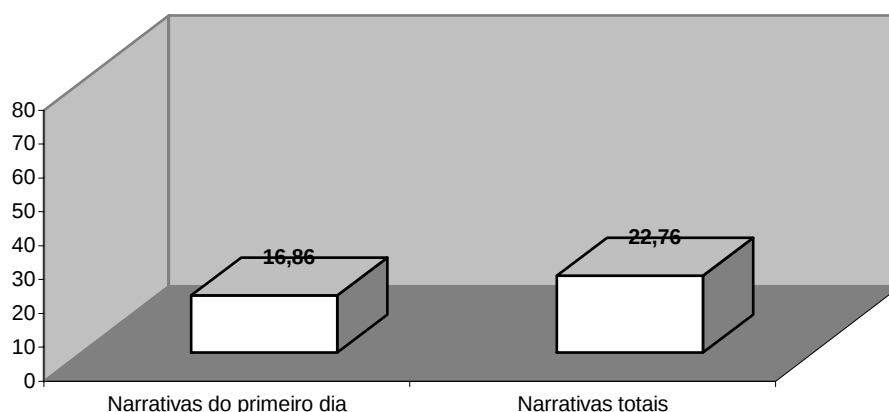


Foram aplicados Testes de Wilcoxon com o objectivo de averiguar a existência de diferenças significativas entre as notas atribuídas às duas narrativas. Foram encontradas diferenças significativas entre as *narrativas totais* e as *narrativas do primeiro dia* ao nível do grau de subjectivação emocional ($z = -2,546$, $p < 0,05$) e do grau de metaforização ($z = -3,360$, $p < 0,005$).

A Figura 9 apresenta comparativamente as notas globais, calculadas a partir das notas de cada parâmetro, para o **conteúdo narrativo**.

¹¹ As médias encontradas para cada parâmetro do processo e complexidade narrativa das narrativas totais foram as seguintes: para o grau de objectivação, $M=2,33$; $DP=1,11$; para o grau de subjectivação emocional, $M=2,81$; $DP=1,25$; para o grau de subjectivação cognitiva, $M=3,09$; $DP=1,22$; e para o grau de metaforização, $M=2,76$; $DP=1,55$.

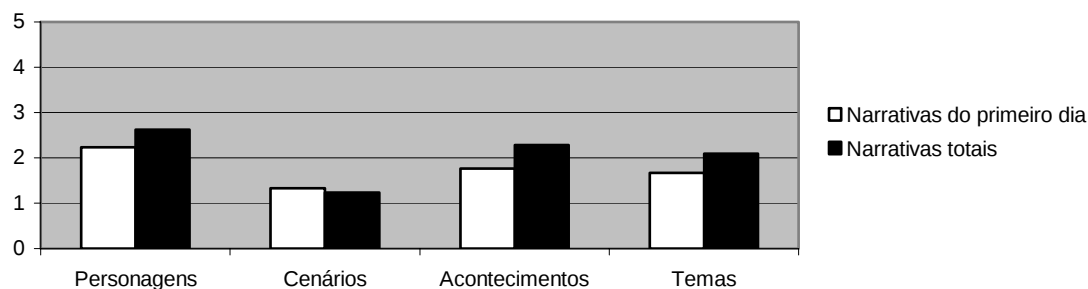
Figura 9. Comparação entre narrativas totais e narrativas do primeiro dia para as notas globais do Conteúdo e Multiplicidade Narrativa



O Teste de Wilcoxon aplicado indicou uma diferença significativa ($z = -3,095$, $p < 0,005$) entre as *narrativas totais* e as *narrativas do primeiro dia*. Vejamos que índices narrativos contribuem de forma significativa para esta diferença.

A Figura 10 apresenta comparativamente os dados relativos a cada parâmetro do conteúdo narrativo¹².

Figura 10. Comparação entre narrativas totais e narrativas do primeiro dia para os parâmetros do Conteúdo e Multiplicidade Narrativa



Foram aplicados Testes de Wilcoxon com o objectivo de averiguar a existência de diferenças significativas entre as notas atribuídas às duas narrativas em cada parâmetro. Foram encontradas diferenças significativas entre as *narrativas totais* e as *narrativas do primeiro dia* ao nível do grau de multiplicidade de acontecimentos ($z = -2,810$, $p < 0,01$) e do grau de multiplicidade temática ($z = -3,000$, $p < 0,005$).

¹² As médias encontradas para cada um dos parâmetros do conteúdo e multiplicidade narrativa das narrativas totais foram os seguintes: para o grau de multiplicidade de personagens, $M=2,62$; $DP=1,02$; para o grau de multiplicidade de cenários, $M=1,24$; $DP=0,44$; para o grau de multiplicidade de acontecimentos, $M=2,28$; $DP=0,84$; finalmente, para o grau de multiplicidade de temas, $M=2,09$; $DP=0,30$.

As Tabelas 5, 6, 7 e 8 resumem a informação estatística relativa à comparação entre as narrativas totais e as narrativas do primeiro dia.

Tabela 5

Médias (desvios-padrão) das classificações das notas globais obtidas para as narrativas do primeiro dia e para as narrativas totais e testes de Wilcoxon que revelaram diferenças significativas.

	Estrutura	Processo	Conteúdo
Narrativas primeiro dia	27,33 (20,63)	25,81 (14,75)	16,86 (11,39)
Narrativas totais	35,81 (17,35)	35,14 (20,58)	22,76 (10,19)
	$z = -2,315, p < 0,05$	$z = -2,954, p < 0,005$	$z = -3,095, p < 0,005$

Tabela 6

Médias (desvios-padrão) das classificações das notas obtidas em cada parâmetro da estrutura narrativa para as narrativas do primeiro dia e para as narrativas totais e testes de Wilcoxon que revelaram diferenças significativas.

	Estrutura			
	GO	GSE	GCA	GI
Narrativas primeiro dia	1,95 (1,02)	2,24 (1,18)	2,81 (1,21)	2,28 (1,15)
Narrativa totais	2,81 (1,12)	2,62 (0,97)	3,43 (1,25)	2,23 (1,04)
	$z = -3,491, p < 0,001$	ns	$z = -2,968, p < 0,005$	ns

ns – diferenças não significativas

Tabela 7

Médias (desvios-padrão) das classificações das notas obtidas em cada parâmetro do processo narrativo para as narrativas do primeiro dia e para as narrativas totais e testes de Wilcoxon que revelaram diferenças significativas.

	Processo			
	GO	GSE	GSC	GM
Narrativas primeiro dia	2,33 (1,11)	2,81 (1,25)	3,09 (1,22)	2,76 (1,55)
Narrativa totais	2,33 (0,79)	2,24 (1,13)	2,80 (1,12)	1,67 (1,01)
	ns	$z = -2,546, p < 0,05$	ns	$z = -3,360, p < 0,005$

ns – diferenças não significativas

Tabela 8

Médias (desvios-padrão) das classificações das notas obtidas em cada parâmetro do processo narrativo para as narrativas do primeiro dia e para as narrativas totais e testes de Wilcoxon que revelaram diferenças significativas.

	Conteúdo			
	GMP	GMC	GMA	GMT
Narrativas primeiro dia	2,62 (1,02)	1,24 (0,44)	2,28 (0,84)	2,09 (0,30)
Narrativa totais	2,24 (0,94)	1,33 (0,66)	1,76 (0,62)	1,67 (0,48)
	ns	ns	z = -2,810, p< 0,01	z = -3,000, p< 0,00

ns – diferenças não significativas

4. Discussão dos resultados

Importa aqui retomar as questões de partida – o mesmo é dizer aquelas que traduzem os objectivos que este estudo pretendeu atingir – a fim de compreender até que ponto o percurso de investigação aqui seguido contribuiu para alcançar esse (ou outro...) ponto de chegada.

A primeira questão colocada foi: até que ponto são coerentes, complexas e diversificadas as narrativas produzidas neste primeiro momento de reacção a uma situação de crise específica? A sua resposta permitiu elaborar uma caracterização deste tipo de narrativas em termos de estrutura, processo e conteúdo narrativos. Uma vez que não existe uma amostra de controlo, que seria constituída por narrativas produzidas por indivíduos sem psicopatologia, a discussão destes resultados passará pela referência aos outros estudos até agora realizados com a aplicação dos Manuais de Avaliação da Estrutura, Processo e Conteúdo Narrativos (Gonçalves, 2000). Trata-se de narrativas espontâneas, elaboradas por indivíduos com psicopatologia, agorafobia num caso (Gonçalves *et al.*, 2002) e toxicod dependência no outro (Gonçalves *et al.*, 2003), que contrastam com a presente amostra pelo facto de não terem sido recolhidas num momento de crise. No que diz respeito à eliciação da produção narrativa, as *narrativas do primeiro dia* do nosso estudo são as que mais se aproximam das narrativas espontâneas recolhidas nos outros estudos: ambas contêm o primeiro material discursivo obtido no âmbito da tarefa experimental, diferindo nas instruções dadas e na forma de transmissão da narrativa – oral vs. escrita. Importa assim salvaguardar estas diferenças no desenho das hipóteses interpretativas.

A segunda questão a que se pretendeu dar resposta foi: o que é que se acrescenta (ou não) em termos de estrutura, processo e conteúdo narrativos na tarefa de se contar ao longo de cinco dias? Esta questão está ligada ao objectivo de determinar em que sentidos se desenvolvem as histórias que se contam, quando são contadas ao mesmo interlocutor, ao longo de diferentes dias. Para discutir os resultados relativos à evolução das narrativas reportar-nos-emos a estudos empíricos na área da adaptação à seropositividade e também aos de Pennebaker (1997, para uma revisão) e de Angus (2004, para uma revisão), já que se

dedicaram à identificação de características de evolução das narrativas ao longo de percursos no sentido de menor perturbação psicológica e melhor adaptação comportamental.

Vejamos então as respostas trazidas pelo presente estudo a estas questões, numa leitura interpretativa que pretende também dar conta da sua contextualização na literatura teórica e empírica dedicada às temáticas em questão, bem como das suas limitações. Em relação a cada questão começaremos por explorar os resultados relativos às notas globais, para seguidamente analisar os dados que dizem respeito às dimensões específicas em cada um dos seus parâmetros.

3.1. Caracterização das narrativas

As notas globais das *narrativas do primeiro dia* mostraram-nos narrativas tendencialmente frágeis ao nível da sua coerência estrutural, pobres na complexidade dos processos envolvidos, e com pouca diversidade ao nível dos conteúdos narrados, já que em nenhuma dimensão foram ultrapassados os valores médios da escala. Para as narrativas do primeiro dia de escrita encontrámos como dimensão mais elevada a da estrutura narrativa, seguida do processo narrativo e finalmente do conteúdo narrativo, significativamente mais baixo do que as outras duas dimensões.

Passaremos então a analisar cada uma das dimensões narrativas, tecendo algumas hipóteses interpretativas a partir dos valores e do perfil narrativo encontrado para a presente amostra, bem como da comparação com os valores e perfil narrativo encontrado para as amostras de indivíduos com agorafobia (Gonçalves, 2002) e toxicodependentes (Gonçalves, 2003).

Em relação à **estrutura e coerência narrativa**, a análise das notas globais permite afirmar que se encontra patente nestas narrativas de indivíduos em confronto com a seropositividade para o VIH uma incapacidade de organizar os acontecimentos ainda mais marcada do que noutras situações de perturbação (toxicodependência e agorafobia). Não obstante tratar-se do valor mais elevado entre as diferentes dimensões da presente amostra,

não apresenta diferenças significativas em relação ao processo narrativo, que se lhe segue em termos de perfil. Mais ainda, os valores apresentados para a estrutura narrativa nesta amostra são inferiores aos apresentados para as outras amostras referidas (Gonçalves, 2002, 2003).

O fracasso no estabelecimento de uma coerência narrativa traduz a “impressão de estranheza e distanciamento face ao mundo e face a si próprio” (Gonçalves, 2000) e impossibilita a construção de um sentido de autoria sobre o vivido. Ora, é precisamente disto que aqui se trata: a partir do momento em que se sabe seropositivo para o VIH cada indivíduo ver-se-á como que despojado das certezas com que se foi construindo em termos de poder sobre a sua existência, e tende a abrir lugar a sintomas que actualizam esta perturbação nas suas vidas, tais como depressão (Dickey *et al.*, 1999; Heckman *et al.*, 2004, entre outros), ansiedade, confusão, preocupação, desespero, isolamento social (Penedo, 2001; Schneiderman *et al.*, 2002), incerteza (Dilley *et al.*, 1985) e sentimentos de impotência e de perda de controlo pessoal (Miller, 1989). Ou seja, a descontinuidade em relação ao passado leva a que o seu sentido de autoria seja profundamente posto em causa. Mais ainda, trata-se aqui de uma primeira tentativa de organização em relação a um acontecimento altamente perturbador. Em suma, a dificuldade em estabelecer coerência narrativa ao nível da estruturação do discurso mostra-se ela própria coerente não só com o momento de realização da tarefa, que é o próprio momento do confronto, como com alguns dos aspectos que têm sido descritos como sintomas psicopatológicos comuns na situação de confronto com a seropositividade para o VIH.

A análise aprofundada dos **parâmetros da estrutura narrativa** revelou pontuações abaixo do nível moderado para os quatro índices nas *narrativas do primeiro dia*. Mais ainda, para todos estes a presente amostra apresenta valores absolutos mais baixos do que os encontrados para a amostra de pacientes com agorafobia (Gonçalves *et al.*, 2002), bem como de toxicodependentes (Gonçalves *et al.*, 2003). No que diz respeito ao perfil formado pelos diferentes parâmetros, verificámos que nas narrativas do primeiro dia o comprometimento avaliativo surge como o índice que pontua mais alto, seguido por ordem decrescente da integração, da sequência estrutural e finalmente, da orientação. Ainda de referir que foi encontrado o mesmo perfil de estrutura narrativa nos estudos anteriormente referidos (Gonçalves *et al.*, 2002, 2003).

Ainda assim, a saliência do índice de comprometimento avaliativo nesta amostra em particular poderá estar também relacionada com a focalização da tarefa num acontecimento perturbador que é vivido no presente, compreendendo-se que o envolvimento do indivíduo com o que é contado seja um aspecto saliente. A simultaneidade da experiência com o acto de a narrar, ou seja, o facto de que os sujeitos se estão a contar no presente, em cada dia, permite ao interlocutor uma vivência quase “em directo” da própria experiência do narrador. Em suma, o comprometimento avaliativo poderá reflectir, neste estudo, a confusão, a preocupação e mesmo o desespero sentidos no momento do confronto. Estes sintomas, para além de remeterem para expressões relatada pelos próprios sujeitos, foram já referidos por outros estudos como sendo comuns nesta situação de confronto com a notícia da seropositividade para o VIH (cf. Penedo, 2001; Schneiderman et al., 2003). Da mesma forma, poderíamos explicar o baixo grau de orientação através de uma particular dificuldade em contextualizar um acontecimento que surge naturalmente descontextualizado na vida de cada indivíduo, associado que está ao choque inicial (cf. Guerra, 1984) que por sua vez remete para a sensação de confusão.

O **processo e complexidade narrativa** constitui a única dimensão que apresenta para a amostra em estudo uma pontuação superior à encontrada para as narrativas de outras amostras (sujeitos com agorafobia *in* Gonçalves et al., 2002; toxicodependentes *in* Gonçalves et al., 2003). Mais ainda, o processo narrativo sobressai na comparação do perfil formado pelas três dimensões narrativas para cada uma das amostras: enquanto que nas amostras de indivíduos com agorafobia e toxicodependentes o conteúdo apresentava valores significativamente superiores aos do processo, para a amostra de indivíduos em confronto com a seropositividade para o VIH esta relação inverte-se, sendo que o processo narrativo assume valores superiores aos do conteúdo narrativo. Convém salvaguardar o possível viés introduzido pelo pedido explícito na tarefa. Ou seja, a instrução expressa no sentido de escrever sobre pensamentos e emoções poderá contribuir para esta inflação relativa do nível de complexidade narrativa em relação a outras amostras. Assim sendo, é importante sublinhar que as interpretações desenhadas para esta comparação entre resultados não se pretendem categóricas, até porque se trata de narrativas recolhidas de acordo com um paradigma

diferente. Neste sentido, poder-se-à ainda conjecturar até que ponto o facto de se tratar de texto escrito não terá por si só permitido uma maior complexidade de processos narrativos, já que o acto de escrever impõe ao discurso um ritmo diferente da oralidade, mais pausado e propiciador do recurso a figuras de estilo – seria uma questão interessante a levantar para futuros estudos.

No entanto, é possível que o facto de estar em causa a narração de um acontecimento altamente perturbador no aqui e agora do sujeito, ou seja, enquanto o está a experienciar influenciem esta saliência do processo narrativo. A elevada intensidade emocional naturalmente envolvida na reacção ao acontecimento perturbador e a tendência para o envolvimento em pensamentos ruminativos em situações de crise (cf. Bower *et al.*, 1998, por exemplo) poderiam explicar esta maior complexidade, esta diferenciação mais elaborada na descrição da experiência.

Na análise realizada dos **parâmetros do processo e complexidade** narrativa observámos que as *narrativas do primeiro dia* se situam abaixo do nível moderado em todas as dimensões. Na comparação com os valores obtidos para outras amostras (Gonçalves *et al.*, 2002, 2003) salienta-se pela negativa o índice de metaforização, já que foi o único a exibir valores inferiores. No que diz respeito ao perfil narrativo, a metaforização foi o índice que pontuou mais baixo, seguido por ordem crescente da subjectivação emocional, da objectivação e finalmente da subjectivação cognitiva. Este perfil foi semelhante ao observado para a amostra de toxicodependentes (Gonçalves *et al.*, 2003), em que os índices mais elevados foram a subjectivação cognitiva e a objectivação e os que menos pontuaram foram a subjectivação emocional e a metaforização. Foi outro o perfil encontrado para os pacientes com agorafobia (Gonçalves *et al.*, 2002), em que a metaforização surgiu como o índice mais relevante a seguir ao da subjectivação cognitiva, assumindo a objectivação a pontuação mais baixa. Esta inversão poderá tornar mais consistente a interpretação relativa à dificuldade de conferir significados a um acontecimento enquanto está a decorrer e apontar para uma maior facilidade em descrever a experiência nos termos concretos avaliados pelo índice de objectivação. Assim, o facto de ter surgido um índice de objectivação superior poderá estar relacionado com a dimensão extremamente concreta da problemática em causa: trata-se de um problema físico, em que a vivência da corporalidade assume grande relevância, remetendo

por isso para a narração de si através dos sentidos e das experiências corporais. Por seu lado, um índice de subjectivação emocional superior poderá estar associado à elevada intensidade emocional associada a este momento especialmente crítico. Mais ainda, a observação de um índice superior de subjectivação cognitiva é coerente com os trabalhos de Bower *et al.* (1998) e de Taylor *et al.* (2000) com seropositivos para o VIH que referem a tendência a um processamento cognitivo acentuado, de características ruminativas, no confronto com uma situação perturbadora, ameaçadora para a saúde. Da mesma forma, um índice de metaforização inferior parece-nos reflectir a dificuldade esperada ao nível da atribuição de significados à experiência neste primeiro momento, já que se trata de um processo que dificilmente ocorre no momento do acontecimento perturbador.

Em relação à dimensão do **conteúdo e multiplicidade narrativa**, assistimos a uma acentuada dificuldade em expressar a diversidade de experiências, dificuldade esta que é mais saliente do que aquela apresentada por indivíduos com agorafobia ou toxicodependentes. Convém salvaguardar que a própria tarefa condiciona a diversidade, já que em qualquer dos estudos se pede a cada indivíduo que se centre num acontecimento. No entanto, tendo em conta que o conteúdo narrativo, por um lado, pontua mais baixo do que nas outras amostras referidas e, por outro, adquire a última posição no perfil narrativo (ao contrario do que acontecia nas outras amostras), será pertinente avançar com algumas hipóteses explicativas.

Assim, assistimos aqui a uma acentuada “monotonia discursiva” (Gonçalves, 2000) que impede a construção de uma experiência diversificada, abrangente e aberta à multitudine de vivências que cada um experiência em cada momento, ao longo da vida. Nas narrativas de confronto com a seropositividade para o VIH, esta experiência assume um papel totalitário e exclusivista e transforma-se na temática em torno da qual gravitam outras (poucas) temáticas. Ou seja, ao serem convidados a escrever sobre um acontecimento de alto impacto emocional (a notificação da seropositividade para o VIH) no momento em que o estão a experienciar, os sujeitos tenderão a centrar-se nos conteúdos essenciais, já que o sofrimento psicológico parece apelar a uma certa redundância temática (Gonçalves, 2000). Os sentimentos de desespero, os sintomas depressivos, amplamente documentados na investigação como relacionados com o confronto com a seropositividade para o VIH (cf. Dickey *et al.*, 1999;

Heckman *et al.*, 2004, por exemplo), poderão emergir em relação precisamente com esta quase incapacidade de ver mais além do que o momento presente, em que o ser seropositivo ocupa naturalmente todo o espaço de construção de si mesmo como tema dominante. Em suma, a dificuldade em produzir um discurso diversificado ao nível dos conteúdos encontra eco no que a leitura clássica define como quadros de psicopatologia (com especial relevo para a depressão, no presente caso), no sentido da redundância em torno de uma temática que aprisiona a própria experiência.

Na análise dos **parâmetros do conteúdo narrativo**, de forma semelhante ao que verificámos para as dimensões de estrutura e processo, as *narrativas do primeiro dia* situam-se abaixo do nível moderado em todos os parâmetros. Mais ainda, estas narrativas exibem valores absolutos mais baixos do que os atribuídos às narrativas referidas para outras populações (Gonçalves *et al.*, 2002, 2003) em todos os parâmetros. Quanto ao perfil, o índice de multiplicidade de cenários é o que pontua mais baixo, seguido da multiplicidade de temas e da multiplicidade de acontecimentos, sendo a multiplicidade de personagens o índice com pontuação mais alta. Este foi também o perfil encontrado tanto para a amostra de indivíduos toxicodependentes (Gonçalves *et al.*, 2003) como para a de pacientes com agorafobia (Gonçalves *et al.*, 2002).

No entanto, o baixo grau de multiplicidade de cenários poderá também reflectir a natureza do pedido em causa, que apela a um cenário que é antes de mais interno, já que o foco nas instruções é colocado ao nível da expressão de sentimentos e pensamentos. De facto, esta experiência reveste-se de uma natureza essencialmente interna, apelando a um “voltar-se para dentro de si mesmo” no sentido de uma certa ruminação, que, sendo comum neste tipo de confronto com ameaças à integridade da saúde (cf. Taylor *et al.*, 2000), não permite a abertura a diferentes contextos de acção externos.

3.2. Sentido do desenvolvimento das narrativas

A análise das notas globais permitiu encontrar uma pontuação significativamente mais elevada ao nível da estrutura, do processo e do conteúdo narrativo do total de dias de escrita quando comparada com a das narrativas produzidas no primeiro dia. Poderemos assim afirmar

que a evolução dos sujeitos no sentido de menor perturbação psicológica foi acompanhada da evolução das suas narrativas no sentido de maior coerência, complexidade e multiplicidade.

Vejamos então os aspectos particulares desta evolução para cada dimensão e seus parâmetros constitutivos, bem como a relação destes resultados com outros descritos na literatura.

Em relação à **estrutura e coerência das narrativas**, os dados mostram que o material narrativo acrescentado às *narrativas do primeiro dia* de escrita se reflecte num aumento de coerência estrutural das narrativas, resultados estes que vão no sentido daqueles encontrados por Pennebaker (1993) que apontaram para o aumento da organização narrativa ao longo dos dias de escrita em indivíduos cuja saúde melhorou após a realização desta mesma tarefa. Ora, o desenvolvimento narrativo na direcção de um maior sentido de autoria permite a apropriação das suas experiências. Ao tornar sua esta experiência de ser seropositivo para o VIH o sujeito poderá desenvolver uma maior percepção de controlo da doença, que, por sua vez, está associado a menor perturbação psicológica (Penedo, 2001). Mais ainda, uma maior integração do acontecimento perturbador nas suas vivências poderá abrir caminho ao uso de estratégias de coping mais adaptativas, que não o evitamento ou a negação que estão, por sua vez, associados a sintomas depressivos (cf. Dickey *et al.*, 1999; Penedo *et al.*, 2001; Heckman *et al.*, 2004; Gallego *et al.*, 2000).

Ao tentar determinar em que parâmetros narrativos se situam as diferenças, observámos que foi ao nível da orientação e do comprometimento avaliativo que os indivíduos mais acrescentaram material narrativo ao texto produzido no primeiro dia. Depois de contarem “o que aconteceu”, no primeiro dia de escrita, os sujeitos tenderam a acrescentar informação relativa à contextualização do acontecimento, tal como é patente na diferença significativa ao nível do grau de orientação. Estando o acontecimento central definido desde o primeiro dia (o que pode explicar a inexistência de diferenças significativas ao nível da sequência estrutural), compreende-se que seja através de se contar nas suas circunstâncias, naquilo que o envolve e que envolve a vivência de se saber seropositivo para o VIH, que os sujeitos melhor encontrem forma de transmitir o impacto que a notícia tem em si. A diferença significativa entre as

narrativas totais e as *narrativas do primeiro dia* ao nível do comprometimento avaliativo significa que uma parte importante do material narrativo acrescentado ao longo dos dias é dedicado à tradução da valorização que o sujeito faz do que está a escrever, o que poderá traduzir um aumento ao nível de um envolvimento na tarefa já elevado (em relação aos outros parâmetros).

Ao averiguar a relação entre as notas globais do **processo e complexidade narrativa** atribuídas às *narrativas totais* e às *narrativas do primeiro dia* foi encontrada uma diferença significativa que indica maior complexidade processual nas narrativas escritas ao longo dos cinco dias. A leitura destes dados poderá passar pelo desenvolvimento narrativo no sentido de uma maior disponibilidade para a diferenciação das experiências, de uma maior riqueza na expressão estilística de si próprio.

Ao explorar ao nível de que parâmetros se situa o discurso narrativo que sustenta esta diferença encontrámos diferenças significativas entre as *narrativas totais* e as *narrativas do primeiro dia* no sentido do aumento dos graus de subjectivação emocional e de metaforização. Vemos assim que, às *narrativas do primeiro dia*, os indivíduos acrescentaram de forma significativa material relativo a subjectivação emocional. Por outras palavras, a expressão dos sentimentos e emoções vivenciadas foi privilegiada no desenvolvimento do texto produzido nos quatro dias seguintes ao primeiro dia de escrita. Estes resultados são congruentes com os que foram apontados por Robalo (2000), que encontrou um aumento da percentagem de sequências internas, identificadas de acordo com o NPCS (Angus *et al.*, 1996), ao longo dos dias de escrita. As sequências internas poderão corresponder ao discurso cotado quer como subjectivação emocional, quer como subjectivação cognitiva através do Manual do Processo e Conteúdo Narrativo (Gonçalves *et al.*, 2001), já que estas categorias se reportam, como foi anteriormente referido, à expressão das emoções e dos pensamentos. Por sua vez, os presentes resultados são ainda congruentes com os apresentados por Angus *et al.* (1999), já que se trata de um grupo de indivíduos que melhorou com a intervenção e cujas narrativas reflectem um desenvolvimento no sentido de uma maior expressão das emoções e dos sentimentos experienciados. Mais ainda, é de referir que a investigação parece apontar para um impacto positivo a longo prazo da expressão dos estados emocionais (vs. repressão dos

mesmos) na saúde física e no desenvolvimento de competências de adaptação à doença e de manutenção da saúde (v. Schwartz *et al.*, 1990 e Salovey *et al.*, 2000).

Por seu lado, a diferença significativa em relação ao grau de metaforização mostra que às *narrativas do primeiro dia* foi acrescentado material narrativo no sentido da atribuição de significados. Podemos assim defender que os sujeitos foram desenvolvendo as suas narrativas na direcção da construção de um sentido para o acontecimento perturbador. Estes resultados são congruentes com os estudos de Pennebaker (1997, 1999), já que aquilo que o LIWC contabiliza como “palavras cognitivas de *insight*” nos parece muito próximo do discurso cotado como “metaforização” de acordo com o Manual de Processo e Conteúdo Narrativo (Gonçalves *et al.*, 2001) no sentido em que ambos se direccionam para indicadores de reflexão sobre determinada situação, traduzindo a construção de significados em relação ao que é contado, o que permite a sua compreensão. Assim, estes resultados vão na senda dos achados de Pennebaker (1997, 1999), já que apontam para o desenvolvimento narrativo ao nível de uma atitude reflexiva ao longo dos dias de escrita em indivíduos que melhoram com a intervenção. Ainda a propósito da diferença apontada no grau de metaforização entre as duas narrativas analisadas, importa retomar os trabalhos de Angus *et al.* (2004) a propósito do modo reflexivo que, traduzindo as interpretações construídas para os acontecimentos internos e externos, parece aproximar-se do conceito em causa. Os seus achados (*idem*) apontam igualmente para o desenvolvimento da dimensão reflexiva do discurso em processos terapêuticos bem sucedidos. Já Moneyham *et al.* (1997) e Guerra (1998), por exemplo, haviam comprovado experimentalmente a importância da atribuição de significados à experiência na capacidade de realizar um processo construtivo de adaptação à seropositividade para o VIH. É ainda interessante referir que a atribuição de significados se encontra associada a uma maior satisfação com a qualidade de vida, e que a incapacidade de o fazer se correlaciona com o surgimento de sintomatologia depressiva seropositivos para o VIH (Marcotte, 2002). Mais ainda, estes resultados remetem-nos ainda para os dados apontados por Bower, Kemeny, Taylor & Fahey (1998) ou Taylor *et al.* (2000), que apontam para melhorias na saúde de indivíduos na sequência de um acontecimento traumático através do seu processamento cognitivo, mas apenas quando este é acompanhado de atribuição de significados.

Finalmente, a comparação das notas globais atribuídas ao **conteúdo e multiplicidade narrativa** nos textos do primeiro dia e totais revelou uma diferença significativa: as *narrativas totais* apresentaram maior diversidade do que as *narrativas do primeiro dia*, o que é congruente com os pressupostos de algumas teorias de inspiração narrativa que salientam a introdução de diversidade no discurso como condição para a construção de narrativas mais saudáveis e adaptativas (cf. Gonçalves, 2000 ou Hermans & Hermans-Jansen (1995).

Ao determinar os parâmetros de conteúdo e multiplicidade narrativa que mais terão contribuído para esta diferença, surgem como significativas as diferenças ao nível do grau de multiplicidade de acontecimentos e do grau de multiplicidade temática. Estes resultados parecem sugerir que os indivíduos foram capazes de se descentrar do acontecimento inicial e focalizar a sua atenção noutros eventos à medida que foram tendo lugar outros acontecimentos nas suas próprias vidas. Da mesma forma, o reducionismo temático parece ter dado lugar a uma maior diversidade, pelo que poderíamos afirmar que o desenvolvimento das narrativas ocorreu no sentido da relativização da atenção dada ao acontecimento perturbador, indiciando algum afastamento de uma certa redundância psicopatológica (Gonçalves, 2000).

Enfim, analisados que estão os resultados à luz dos dados empíricos da investigação actual, bem como dos princípios teóricos envolvidos neste estudo, resta sintetizar esta análise e apontar algumas pistas futuras não só no sentido do aprofundamento da investigação nesta área como também no sentido da intervenção.

Conclusões

Chegados ao momento de terminar esta história, que é a história de uma incursão narrativa pelo mundo psicológico do confronto com a seropositividade para o VIH, urge recontá-la de forma a sintetizar os seus significados e a projectar os seus contributos. À partida, contávamos com um “mapa” – a teoria narrativa tal como proposta por Gonçalves (2000), e com uma “bagagem” constituída pelo conjunto de conhecimentos sobre o confronto e a adaptação à seropositividade para o VIH. Iremos aqui descrever o caminho percorrido a partir desse momento para dar resposta a cada uma das questões colocadas: (1) a que organização narrativa corresponderia o confronto com a seropositividade para o VIH; (2) que mudanças na organização narrativa ao longo de cinco dias corresponderiam à diminuição de sintomatologia psicopatológica apresentada pelos indivíduos confrontados com este acontecimento perturbador. Sintetizaremos então o que observámos no que diz respeito a cada uma das questões, explicitaremos algumas limitações que condicionaram as respostas para, finalmente, apontar algumas sugestões para novas viagens. Estas novas viagens, ainda que se pretendam orientadas pelo mesmo mapa narrativo e levadas a cabo no mesmo lugar (a seropositividade para o VIH), contarão com um novo equipamento empírico que permitirá alcançar pontos que o presente estudo revelou serem de difícil acesso com o equipamento actual...

Assumindo então a matriz narrativa como instrumento organizador da experiência (Gonçalves, 2000), partimos da amostra de narrativas recolhidas por Robalo (2000) para dar resposta às questões acima colocadas. Trata-se de um conjunto de narrativas construídas por 21 indivíduos em situação de confronto com a seropositividade para o VIH ao longo de cinco dias consecutivos, de acordo com o modelo de intervenção de Pennebaker. Mais ainda, estes indivíduos apresentaram melhorias ao nível de perturbação psicológica, tal como avaliado por escalas de auto-relato três meses após esta intervenção. Metodologicamente, partilhamos com Gonçalves (2000) a conceptualização da perturbação psicológica como “um sistema de significação que se organiza através da própria construção linguística e narrativa do indivíduo” (p.67) e que se traduz na matriz narrativa ao nível da sua organização em termos da coerência, da complexidade e da multiplicidade narrativa. Assim, a análise destas narrativas foi realizada com base na proposta de Gonçalves (2000), que defende a sua avaliação nas três dimensões referidas e se operacionaliza através da aplicação dos Manuais de Avaliação da Estrutura, Processo e Conteúdo Narrativos. Assim, de forma a responder à primeira questão colocada –

averiguar as características da organização narrativa no momento do confronto com a seropositividade para o VIH – os Manuais de Avaliação foram aplicados às narrativas elaboradas no primeiro dia de escrita. Foi assim possível traçar o perfil narrativo característico de textos escritos no primeiro momento de confronto com a seropositividade para o VIH. A segunda questão – caracterizar a evolução sofrida por esta organização narrativa ao longo dos cinco dias de escrita – remeteu-nos para a aplicação dos Manuais de Avaliação às narrativas formadas pelo conjunto do texto produzido ao longo dos cinco dias e à comparação destas notas com as que foram obtidas para as narrativas do primeiro dia de escrita. Desta forma, foi possível determinar em que sentido evoluíram as dimensões narrativas avaliadas, ou seja, que aspectos narrativos foram privilegiados pela continuidade da escrita ao longo dos cinco dias. Por último, a resposta à terceira questão – diferenciar as narrativas de toxicodependentes e não-toxicodependentes no momento do confronto – implicou uma análise dos dados obtidos para responder à primeira questão em função dos dois grupos definidos. Passemos então à síntese das principais conclusões.

O confronto extemporâneo com a finitude da vida, o encontro precoce com a possibilidade do limite da existência, a par com a presença constante, porque fisicamente interna, de uma entidade estranha, invasora dos limites do corpo, faz da notificação da seropositividade para um VIH um acontecimento perturbador que introduz na trajectória de vida um ruído desequilibrante. Têm sido identificados vários sintomas relativamente comuns neste momento de crise: depressão (Dew *et al.*, 1990; Dickey *et al.*, 1999; Heckman *et al.*, 2004, entre outros), ansiedade, confusão, preocupação, desespero, isolamento social (e.g. Moore *et al.*, 1994 *cit. in* Penedo, 2001; Schneiderman *et al.*, 2002), incerteza (Dilley *et al.*, 1985) e sentimentos de impotência e de perda de controlo pessoal (Miller, 1989). Em termos narrativos, constatámos que as narrativas do primeiro dia apresentavam uma organização caracterizada por uma reduzida coerência estrutural, uma fraca complexidade de processos e uma baixa multiplicidade narrativa.

No entanto, a comparação com o perfil constituído por outras amostras permitiu observar uma saliência relativa do processo narrativo. A exploração desta dimensão nos seus parâmetros constituintes permitiu observar que estas narrativas tendem a exibir graus elevados

de objectivação, subjectivação emocional e subjectivação cognitiva quando comparadas com as narrativas produzidas por outros grupos de sujeitos que não se encontram a experienciar qualquer situação perturbadora no momento da narração (Gonçalves *et al.*, 2002, 2003). A metaforização parece ser um aspecto crítico das narrativas em estudo, já que assume valores inferiores aos encontrados para as narrativas acima referidas. Poderíamos assim concluir que a experiência de uma situação altamente perturbadora está relacionada com uma organização narrativa tendencialmente complexa ao nível da tradução dos aspectos objectivos das vivências dos narradores em termos de sensações, bem como da descrição de sentimentos e pensamentos e com uma menor complexidade ao nível da atribuição de significados. Estas conclusões, como já vimos, são coerentes com a investigação sobre o tema. No entanto, são postas em causa por uma importante limitação do presente estudo: as diferenças entre os procedimentos de recolha de dados das narrativas referidas. As instruções específicas dadas na recolha das narrativas de confronto com a seropositividade para o VIH, ao incentivar a expressão por escrito de sentimentos e pensamentos, poderão ter introduzido um viés experimental no sentido da inflação dos graus de subjectivação emocional e cognitiva do processo narrativo. Assim, seria útil a comparação das narrativas em estudo com uma amostra recolhida de acordo com o paradigma de Pennebaker num grupo de indivíduos que não estivessem em processo de confronto com um acontecimento perturbador.

No que diz respeito à coerência da estrutura narrativa, e apesar de se tratar do índice com pontuação global mais elevada, não se destaca significativamente das outras dimensões. Mais ainda, tanto ao nível da sua classificação global como dos graus obtidos em relação a cada um dos seus parâmetros constituintes, esta dimensão assume valores inferiores aos das narrativas de indivíduos que não se encontram a vivenciar situações perturbadoras (Gonçalves *et al.*, 2002, 2003). Poderíamos então concluir que a vivência de uma experiência perturbadora se caracteriza por uma estruturação pouco coerente em termos narrativos, o que é congruente com a sintomatologia descrita por outras investigações centradas neste momento de crise, como vimos anteriormente.

A multiplicidade de conteúdos das narrativas não só pontua significativamente mais baixo do que a estrutura e o processo na presente amostra, como esta posição representa uma inversão em relação ao perfil narrativo das outras amostras (Gonçalves *et al.*, 2002, 2003). No

entanto, mantém-se o perfil formado pelos quatro parâmetros que constituem a dimensão. Poderíamos assim concluir que a experiência do confronto com uma informação altamente perturbadora se caracteriza por uma baixa multiplicidade narrativa. Esta conclusão encontra algum reflexo nas teorias de inspiração narrativa, como foi já discutido.

Em suma, as narrativas de confronto com a seropositividade para o VIH são narrativas tendencialmente complexas, mas pobres em coerência e diversidade narrativas.

No entanto, uma importante limitação condiciona estas conclusões: as comparações que permitiram determinar as diferenças ao nível da estrutura, do processo e do conteúdo narrativos foram feitas com referência a grupos de indivíduos com psicopatologia (toxicodependência e agorafobia), o que se terá traduzido na sua própria organização narrativa. Assim sendo, seria útil recorrer a uma amostra controlo de narrativas produzidas por indivíduos sem sintomatologia psicopatológica para estabelecer comparações mais conclusivas.

A adaptação à seropositividade para o VIH constitui um processo extremamente complexo, dotado de uma enorme variabilidade que a investigação tem tentado sistematizar. Vimos anteriormente que alguns factores de ordem psicológica (tal como o recurso a estratégias adequadas de coping, a expressão emocional e a atribuição de significados à experiência, entre muitos outros) parecem interferir positivamente neste processo, tornando-o mais construtivo e permitindo ao indivíduo integrar as vivências ligadas à infecção pelo VIH na sua multidimensionalidade da sua experiência sem condicionar a totalidade da sua existência a esta condição. De acordo com Pennebaker, não só a tarefa de escrever sobre as suas vivências interna ao longo de alguns dias permite o desenvolvimento de competências adaptativas e se encontra associada a menores índices de perturbação psicológica, como a forma como evolui a sua escrita apresenta idiossincrasias que estarão relacionadas com este desenvolvimento. Partindo da narrativa como metáfora da construção que cada indivíduo realiza da sua própria existência e assumindo que estas serão tanto mais adaptativas quanto mais coerente for a sua estrutura, quanto maior a complexidade dos processos em causa e quanto maior a diversidade dos conteúdos a que se reportam, interessou-nos averiguar em que sentido evoluíram as narrativas dos sujeitos a partir do primeiro momento de escrita. Observámos no presente estudo que esta evolução foi acompanhada por um desenvolvimento

positivo das três dimensões narrativas em causa. Ou seja, os resultados encontrados na comparação das *narrativas totais* com as *narrativas do primeiro dia* permitiram encontrar diferenças significativas no sentido da evolução positiva ao longo dos dias de escrita nas três dimensões narrativas. Sendo o tamanho das narrativas independente das cotações atribuídas por inerência ao próprio sistema de cotação, esta diferença não poderá dever-se ao aumento do tamanho das narrativas. Assim sendo, podemos afirmar que o material narrativo produzido ao longo dos cinco dias de escrita contribui para que estas aumentem em coerência estrutural, em complexidade processual e em multiplicidade de conteúdos. Verificámos assim que a tarefa narrativa de Pennebaker permite a construção ao longo dos dias de narrativas que se vão tornando progressivamente mais adaptativas de acordo com o sistema apresentado por Gonçalves (2000). Podemos assim afirmar que as narrativas se vão “completando” ao longo dos dias, no sentido de constituírem um todo que é mais coerente, complexo e dotado de diversidade do que a narrativa inicial. Assumindo a matriz narrativa como metáfora da própria existência, poderemos afirmar que a construção narrativa ao longo dos cinco dias de escrita metaforiza o próprio processo existencial de adaptação a esta nova condição. Ou seja, os indivíduos vão sendo capazes de integrar o acontecimento, retomando em certa medida o sentido de autoria; da mesma forma, vão evoluindo no sentido de conferir significados relacionados com este acontecimento; por último, vão-se reportando a uma diversidade de acontecimentos e temas cada vez maior, deixando de se reduzir exclusivamente à questão da seropositividade.

No que diz respeito à estrutura narrativa vemos que esta evolução no sentido de uma maior coerência é congruente com as conclusões de Pennebaker (1993) relativas ao aumento da “organização narrativa” que ocorre a par com mudanças positivas ao nível da saúde física e psicológica. Vimos ainda que esta evolução acontece principalmente a expensas do discurso que permite enquadrar o acontecimento nos contextos espacio-temporais e experienciais do indivíduo, permitindo ao interlocutor sentir-se mais orientado em relação ao acontecimento narrado, mas também à custa da manutenção de um elevado envolvimento do narrador com o que está contar.

O desenvolvimento das narrativas no sentido de uma maior complexidade dos processos narrativos em indivíduos que melhoram em termos de perturbação psicológica é

coerente com os resultados de Robalo (2000, com esta mesma amostra) e da Angus & Hardtke (1994) relativos ao aumento de expressão de sentimentos, já que a subjectivação emocional é um dos parâmetros que contribui significativamente para esta mudança. O facto de ser ao nível da atribuição de significados à experiência através da metaforização que se encontra a maior diferença entre as narrativas é especialmente congruente com o aumento de reflexividade encontrado por Pennebaker (1997, 1999) através da contabilização de palavras de “insight” e por Angus & Hardtke (1994) através da classificação do modo reflexivo.

Por último, o aumento de multiplicidade de conteúdos narrativos em indivíduos que apresentaram melhorias ao nível de perturbação psicológica, não sendo uma dimensão que encontre par na análise de narrativas de acordo com outros modelos, encontra eco nas teorias narrativas propostas, por exemplo, por Gonçalves (2000), que toma a redundância em torno dos mesmos conteúdos como perturbação do discurso) ou por Hermans & Hermans-Jansen (1995) que chamam a atenção para a disfuncionalidade da restrição temática que os indivíduos se impõem. A introdução de multiplicidade a este nível seria assim correlato da construção de um discurso mais adaptativo e menos perturbado.

De ressaltar que não se pretendeu aqui estabelecer qualquer relação causal entre as melhorias dos sujeitos ao nível da sintomatologia psicopatológica e a intervenção narrativa realizada, já que para tal seria necessário realizar um estudo controlado do efeito de intervenção. No entanto, sendo que as narrativas surgem como uma metáfora da própria existência, parece-nos poder afirmar que uma possível implicação deste estudo seria o desenvolvimento de programas de intervenção baseados no desenvolvimento narrativo destas dimensões, no sentido de melhorar a adaptação à seropositividade para o VIH. Já que os indivíduos acrescentam espontaneamente coerência, complexidade e multiplicidade às suas narrativas, uma intervenção de inspiração narrativa no sentido de promover a construção de um discurso mais coerente, complexo e diversificado poderia favorecer esta evolução. Convém aqui salientar que o foco da atenção neste segundo momento de análise dos dados foi a evolução das narrativas em si, e não o desenvolvimento dos sujeitos como narradores. Ou seja, para avaliar mudanças no estilo de produção narrativa, ou no próprio sujeito como contador de histórias, seria necessário contrastar narrativas independentes produzidas antes e depois da intervenção, o que constitui uma sugestão para futuros estudos.

Uma outra investigação poderia ser realizada tendo em vista a análise da evolução do próprio acto de narrar, possível através da avaliação de narrativas construídas sobre o mesmo acontecimento em diferentes momentos e com diferentes interlocutores. Gonçalves (1994) exemplifica a importância da auto-revelação sucessiva perante diferentes interlocutores na recuperação de uma situação de doença – o que acontece frequentemente em contextos sociais. Desta forma, o narrador teria a oportunidade de reelaborar a cada passo a mesma história, de a aperfeiçoar nas suas dimensões e poder-se-ia esclarecer a importância da auto-revelação numa situação ecologicamente próxima das vivências quotidianas dos indivíduos.

Concluindo, consideramos que as histórias com que o ser humano se conta constituem a sua própria construção. Fazendo-se ao longo da vida, é esta construção que faz a própria vida à custa da significação de acontecimentos frequentemente críticos – como é o caso da confrontação com o diagnóstico de seropositividade para o VIH. Este estudo pretendeu contribuir para o esclarecimento destes processo de construção narrativa, esperando estimular o desenvolvimento de práticas de intervenção neste domínio, bem como apontar a importância de futuros estudos que permitam ultrapassar as limitações sentidas e partilhar saberes numa rede de relações que permita aumentar cada vez mais a compreensão dos processos de significação narrativa.

Referências Bibliográficas

- Anderson, E. (2000). Self-esteem and optimism in men and women infected with VIH. *Nursing Research*, 49, 5, 262-271.
- Angus, L., Hardtke, K. e Levitt, H. (1996). *The narrative processes coding system – training manual*. Psychology, York University. North York, Ontario, Canada.
- Angus, L., Levitt, H. & Hardtke K. (1999). The narrative processes coding system: research applications and implications for psychotherapy practice. *Journal of Clinical Psychology*, 55, 1255-1270.
- Angus, L., Lewin, J., Bouffard, B. & Rotondi-Trevisan, D. (2004). “What’s the story?”: Working with narrative in experiential psychotherapy. In L. Angus & J. McLeod (Eds.) *The handbook of narrative and psychotherapy: practice, theory and research*. California: Sage.
- Baerger, D., McAdams, D. (1999). Life story coherence and its relation to psychological well-being. *Narrative Inquiry*, 9, 69-96.
- Barroso, J. (1997). Social support and long-term survivors of AIDS. *Western Journal of Nursing Research*, 19, 5, 554-573.
- Baum, A., Posluszny, D. (1999). Health Psychology: Mapping biobehavioral contributions to health and illness. *Annual Review of Psychology*. www.findarticles.com.
- Blaney, R.L. & Piccola, G.E. (1987). Psychological issues related to AIDS. *Journal of MAG*, 76, 29-32.
- Bower, J., Kemeny, M., Taylor, S. e Fahey, J. (1998). Cognitive processing, discovery of meaning, CD4 decline and AIDS related mortality among bereaved VIH-seropositive men. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 979-986.
- Bucci, W. (1995). The power of the narrative: the multiple code account. In J. Pennebaker (Ed.) *Emotion, disclosure and health*. Washington DC: American Psychological Association.
- Capps, L. & Ochs, E. (1995). *Constructing panic: the discourse of agoraphobia*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

- Carballo, E., Prieto, A. & Carrera, I. (2002). Adherencia terapéutica. In J. F. Aguado & C. Cadarso-Suárez (Eds.) *El reto de la adherencia en el tratamiento antiretroviral*. Universidade de Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.
- Carrera, I., Cadarso-Suárez, C. & Fraga, J. (2002). Adherencia en la relación con la conducta de enfermedad. In J. F. Aguado & C. Cadarso-Suárez (Eds.) *El reto de la adherencia en el tratamiento antiretroviral*. Universidade de Santiago de Compostela: Xunta de Galicia.
- Costa, N., Ouakinin, S. & Figueira, L. (1989). Psicoterapia na SIDA. *Acta Médica Portuguesa*, 6, 266-269.
- Dickey, W., Dew, M., Becker, J. e Kingsley, L. (1999). Combined effects of VIH-infection status and psychosocial vulnerability on mental health in homosexual men. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 1, 4-11.
- Drewery, W., Winsdale, J. e Monk, G. (2000). Resisting the dominating story: Towards a deeper understanding of narrative therapy. In J. Pennebaker (Ed.) *Emotion, disclosure and health*. Washington DC: American Psychological Association.
- Erlen, J., Mallors, M., Sereika, S. & Cook, C. (2001). The use of life review to enhance quality of life of people living with AIDS: a feasibility study. *Quality of Life Research*, 10, 453-464.
- Francis, M. & Pennebaker, J. (1992). Putting stress into words: Writing about personal upheavals and health. *American Journal of Health Promotion*, 6, 280-287.
- Frankl, V. (1978). *Psychoterapy and existencialism: selected papers on logotherapy*. Middlesex, England: Penguin Books Harmondsworth.
- Gallego, L., Gordillo, V. & Catalán, J. (2000). Psychiatric and psychological disorders associated to VIH infection. *AIDS Review*, 2, 48-60.
- Gergen, K. & Gergen, M. (1986). Narrative form and the construction of psychological science. In T. R. Sarbin (Ed.) *Narrative Psychology*. New York: Preager.
- Gergen, K. (1994). *Realities and relationships: soundings in social construction*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Goldmeier, D. (1987). Psychosocial aspects of AIDS. *British Journal of Hospital Medecine*, 3, 232-238.

- Goleman, D. (2000). *Emoções que curam: conversas com o Dalai-Lama*. Lisboa: Rocco – Temas e Debates.
- Gonçalves, O. (1994). Narrativa psicológica e psicologia da saúde. *Análise Psicológica*, 2-3, 253-264.
- Gonçalves, O. (1995). Hermeneutics, constructivism and cognitive-behavioral therapies: from object to project. In R. A. Neimeyer & M. J. Mahoney (Eds.), *Constructivism in psychotherapy* (pp. 195-230). Washington DC: APA.
- Gonçalves, O. (1997a). Narrativa e Psicoterapia Cognitiva. *Boletín de Psicología*, 56, 73-89.
- Gonçalves, O. (1997b). Constructivism and the deconstruction of clinical practice. In T. L. Sexton & B. L. Griffin (Eds.) *Constructivist thinking in counselling practice, research and training*. Teachers College Press: London.
- Gonçalves, O. (2000). *Viver narrativamente: A psicoterapia como adjectivação da experiência*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Gonçalves, O., Henriques, M., Alves, A. & Soares, L. (2002). Analyzing structure, process and content in narrative patients diagnosed with agoraphobia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 389-406.
- Gonçalves, O., Henriques, M., Alves, A. & Soares, L. (Outubro de 2003), comunicação apresentada no Encontro Nacional de Investigação em Psicologia, Lisboa.
- Gonçalves, O., Henriques, M. e Cardoso, G. (2001a). *Manual da cotação da estrutura e coerência narrativas*. Braga: Universidade do Minho.
- Gonçalves, O., Henriques, M., Alves, A. e Rocha, C. (2001b). *Manual da cotação do processo e complexidade narrativos* Braga: Universidade do Minho.
- Gonçalves, O., Henriques, M., Soares, L. e Monteiro, M. (2001c). *Manual da cotação do conteúdo e multiplicidade narrativos*. Braga: Universidade do Minho.
- Gonçalves, O., Korman, Y. & Angus, L. (2000). Constructing psychopathology from a cognitive narrative perspective. In R. A. Neimeyer & J. B. Raskin (Eds.), *Constructions of disorder*. Washington DC: APA Press.
- Gonçalves, O. & Machado, P. (1999). Cognitive narrative psychotherapy: research foundations. *Journal of Clinical Psychology*, 10, 1179-1191.

- Gonçalves, O. & Machado, P. (2000). Emotions, narrative and change. *European Journal of Psychotherapy, Counselling and Health*, 3, 349-360.
- Gonçalves, O., Machado, P., & Rosas, M. (1996): A elaboração narrativa dos aspectos psicotraumáticos do enfarte do miocárdio: Um manual terapêutico. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 1, 381-392.
- Gonçalves, O., Maia, A., Alves, A., Soares, I., Duarte, Z. & Henriques, M. (1996). Narrativas protótipo e psicopatologia. *Psicologia: teoria, investigação e pratica*, 2, 307-318.
- Gonçalves, O. & Saraiva, R. (1999). Anatomias da psicoterapia: a cabeça também é corpo. *Revista Portuguesa de Psicossomática*, 1, 63-77.
- Griffin, K. e Rabkin, J. (1997). Psychological distress in people with VIH/AIDS : prevalence rates and methodological issues. *AIDS and Behavior*, 1, 29-43.
- Guerra, M.P. (1994). *Seropositividade e auto-organização psicológica – um modelo de avaliação da adaptabilidade humana à seropositividade ao vírus da SIDA*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Guerra, M.P. (1998). *SIDA: implicações psicológicas*. Fim de século Ed., Lda. Lisboa.
- Harré, R. & Gillet, G. (1994). *The discursive mind*. London: Sage.
- Heckman, T. (2003). The chronic illness quality of life (CIQOL) model: explaining the life satisfaction in people living with VIH disease. *Health psychology*, 2, 140-147.
- Heckman, T., Anderson, E., Sikkema, K., Kochman, A. & Kalichman, S. (2004). Emotional distress in nonmetropolitan persons living with VIH disease enrolled in a telephone-delivered coping improvement group intervention. *Health Psychology*, 1, 94-100.
- Henriques, M. (2000). *Narrativas e agorafobia: construção e validação de uma narrativa protótipo*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor. Braga: Instituto de Educação e Psicologia, Departamento de Psicologia da Universidade do Minho.
- Hermans, H. & Hermans-Jansen, E. (1995). *Self-narratives: the construction of meaning in psychotherapy*. New York: Guilford.
- Horowitz, S., Weis, D. E Laflin, M. (2001). Differences between sexual orientation behavior groups and social background, quality of life and health behaviors. *Journal of Sex Research. PsychNET: American psychological Association*.

- Ingram, K., Jones, D., Fass, R. Neidig, J. & Song, Y. (1999). Social support and unsupportive social interactions: their association with depression among people living with VIH. *AIDS care*, 3, 313-329.
- Kelly, J., Kalichman, S. (2002). Behavioral Research in VIH/AIDS Primary and Secondary Prevention: Recent Advances and Future Directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 626–639.
- Kelly, J. A., Murphy, D., Bahr, G., Kalichman, S., Morgan, M. & Stevenson, L. (1993). Outcome of cognitive-behavioral and support group brief therapies for depressed persons diagnosed with VIH infection. *American Journal of Psychiatry*, 150, 1679–1686.
- Kiecolt-Glaser, J., McGuire, L., Robles, T. & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: new perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, Annual. *PsichNET*, American Psychological Association.
- Kübler-Ross, E. (1989). *Sida, o desafio final*. Lisboa: Difusão Cultural.
- Labov, W. & Waletzky, J. (1967). Narrative analysis: oral versions of personal experience. In J. Helm (Ed.), *Essays on the verbal and visual arts*. Seattle: American Ethnological Society.
- Lax, W.D. (1996). Narrative, social constructionism and buddhism. In H. Rosen & K. Kuehlwein (Eds.), *Constructing realities: meaning making perspectives for psychotherapists*. San-Francisco: Jossey-Bass.
- Marcotte, D. (2002). The role of “achieved meaning” in coping with VIH infection: changes over time. In <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit>
- Miller, D., Weber, J. & Green, J. (1989). *Atención de pacientes de SIDA*. Ed. El manual Moderno. México.
- Moneyham, L., Seals, B., Henessy, M., Demi, A. e Brake, S. (1997). The impact of VIH on emotional distress of infected women: cognitive appraisal and coping as mediators. *Scholars Inquiry of Nursing Practice*, 2, 125-145.
- Neimeyer, R. (2000). Narrative disruptions and the construction of the self. In R. A. Neimeyer & J. B. Raskin (Eds.), *Constructions of disorder*. Washington DC: APA Press.
- Penedo, J., Antoni, M., Schneiderman, N., Ironson, G., Malow, R., Cruess, S., Hurwitz, B. e LaPerriere, A. (2001). Dysfunctional attitudes, coping and depression among VIH-

- seropositive men who have sex with men. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 591-606.
- Pennebaker, J. (1993). Putting stress into words: health, linguistic and therapeutic implications. *Behavior research and therapy*, 31, 539-548.
- Pennebaker, J. (1995). *Emotion, disclosure and health*. Washington DC: American Psychological Association.
- Pennebaker, J. (1997). Writing about emotional experiences as a therapeutic process. *Psychological science*, 8, 162-166.
- Pennebaker, J., Segal, J. (1999). Forming a story: the health benefits of narrative. *Journal of clinical psychology*, 55, 1243-1254.
- Petrie, K., Booth, R. e Davidson, K. (1995) Repression, disclosure, and immune function: recent findings and methodological issues. In J. Pennebaker (Ed.) *Emotion, disclosure and health*. Washington DC: American Psychological Association.
- Robalo, A. P. (2000). *A elaboração narrativa no confronto com o diagnóstico de seropositividade para o vírus da imunodeficiência humana*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em psicologia. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Rosas, M. (2000). *A psicoterapia cognitiva narrativa com pacientes de enfarte agudo de miocárdio*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em psicologia. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Rosen, H. (1996). Meaning-making narratives: foundations for constructivist and social constructionist psychotherapies. In H. Rosen & K. Kuehlwein (Eds.), *Constructing realities: meaning making perspectives for psychotherapists*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Roth, N. e Nelson, M. (1997). VIH diagnosis rituals and identity narratives. *AIDS Care*, 9, 161-179.
- Russel, R. (1991). Narrative in views of humanity, science and action: lessons for cognitive therapy. *Journal of Cognitive Psychotherapy: an international quarterly*, 4, 241-256.
- Salovey, P., Rothman, A., Detweiker, J. & Steward, W. (2000). Emotional states and physical health. *American psychologist*, 1, 110-121.

- Sarbin, T. (1986). The narrative as a root metaphor for psychology. In T. R. Sarbin (Ed.) *Narrative Psychology*. New York: Preager.
- Schneiderman, N., Antoni, M. e Ironson, G. (2003). Cognitive behavioural stress management and secondary prevention in VIH/AIDS. *PsychNET- American Psychological Association*.
- Schwartz, G., Kline, J. (1995). Repression, emotional disclosure and health: theoretical, empirical and clinical considerations. In J. Pennebaker (Ed.) *Emotion, disclosure and health*. Washington DC: American Psychological Association.
- Seidl, E. (2001). *Pessoas que vivem com VIH/ AIDS: configurando relações entre enfrentamento, suporte social e qualidade de vida*. Dissertação de doutoramento apresentada à Universidade de Brasília, Brasília, Brasil.
- Stevens, P., Doerr, T. (1997). Trauma of discovery: women's narratives of being informed they are VIH-infected. *AIDS Care*, 9, 523-538.
- Taylor, S., Kemeny, M., Reed, G., Bower, J. e Gruenwald, T. (2000). Psychological resources, positive illusions and health. *American Psychologist*, 1, 99-109.
- Vierra, S. (2001). *Belief appraisals in coping in illness narratives as predictors of psychosocial adaptation in gay men with VIH disease*. Dissertação de doutoramento apresentada à California School of Professional Psychology, San Diego, EUA. In <http://wwwlib.umi.com/dissertations/fullcit>
- Viney, L., Bousfield, L. (1991). Narrative analysis: a method of psychosocial research for Aids-affected people. *Social science medicine*, 7, 757-765.
- White, M., Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W.W. Norton.