

PERSONALIDADE E CORONARIOPATIA

António Madureira Dias*

“É o espírito que modela o corpo”

Schiller

Palavras-chaves:

Personalidade, Padrão Comportamental tipo A, coronariopatia.

RESUMO

A incidência das doenças coronárias¹ tem aumentado progressivamente nas últimas décadas, nomeadamente nos países ocidentais, bem como as suas nefastas consequências em termos de morbilidade e mortalidade.

Este aumento deve-se em grande parte ao facto dos indivíduos aderirem ao que se descreve como uma *vida melhor*. As pessoas tornam-se obesas e sedentárias, o avanço tecnico-científico submete-as ao *stress* e à urgência continuada.

Em consonância com este facto, Mota Cardoso (1998) refere que talvez “*não seja por acaso que, no início deste século de cidade global e de triunfo das luzes, as doenças cardiovasculares sejam a maior causa de mortalidade dos que tiveram acesso aos seus benefícios*”.

Assim sendo, as lesões coronárias representam o maior problema de Saúde Pública dos países industrializados. Por outro lado, estas revestem-se de uma importância particular pela perda que representa em anos de vida activa para o indivíduo, família, colectividade e economia.

Neste artigo teceremos algumas considerações sobre a influência que a personalidade pode ter no aparecimento das doenças cardiovasculares. Assim, começaremos pela definição de personalidade, sua importância e o papel que a personalidade desempenha no comportamento do indivíduo, tendo em conta a interacção dos diferentes factores. Concluiremos esta análise, destacando alguns estudos efectuados nesta área.

* Assistente do 1º Triénio da Escola Superior de Enfermagem de Viseu

¹ Em Portugal, as doenças do aparelho circulatório (doenças cardiovasculares) continuam a ser em 1999, a primeira grande causa da morte, 41.998 óbitos, correspondentes a 39% do total de óbitos no país, apesar de se verificar nesta década uma tendência decrescente, concretamente, no período 1994 – 1999 com um decréscimo de 1,6% (INE, 2001).

1 - CONCEITO DE PERSONALIDADE

A palavra personalidade deriva do latim *persona* e a sua raiz *pessoa*, é usada ordinariamente no sentido empírico de *manifestação da pessoa*. Significa a própria pessoa, tal como se revela nas suas manifestações empíricas. Todavia, *persona* passou a significar mais tarde, o actor colocado atrás da máscara, isto é, o seu verdadeiro conjunto de qualidades íntimas e pessoais (Allport, 1966).

Há diversas concepções e teorias da personalidade às quais correspondem várias definições. Segundo Allport (1966, p. 50) na década de 30, tinham-se identificado mais de 50 definições de personalidade, definindo-a como *“a organização dinâmica no indivíduo, dos sistemas psicofísicos que determinam o seu comportamento e o seu pensamento característico”*.

Apesar da diversificação dos conceitos, a personalidade representa essencialmente a noção de unidade integrativa da pessoa, com todas as características diferenciais permanentes, (inteligência, carácter, temperamento, constituição, entre outras) e as suas modalidades únicas de comportamento. Assim, personalidade não é mais do que a organização dinâmica dos aspectos cognitivos, afectivos, conativos, fisiológicos e morfológicos do indivíduo. Trata-se de uma ideia dinâmica de personalidade em constante mutação, dinâmica essa que depende da interacção entre todos aqueles aspectos.

Eysenck (1976, p. 2) definiu personalidade como *“a organização mais ou menos estável e persistente do carácter, temperamento, intelecto e físico do indivíduo, que permite o seu ajustamento único ao meio”*.

Por outro lado, Magnusson e Torestad (1993) afirmam que não existe definição de personalidade. O que existe, é um organismo vivo, activo, intencional, funcionando e desenvolvendo-se como um ser total e integrado. Assim, a investigação em personalidade define o estudo de como os indivíduos pensam, sentem, actuam e reagem, tal como eles o fazem, ou seja, do ponto de vista do indivíduo como um organismo total e integral.

Em psicologia, personalidade² é *“o modo de ser, agir e reagir que caracteriza a conduta de um indivíduo humano e o distingue de qualquer outro. Subjectivamente, a personalidade surge com a emergência do eu, uno e idêntico, no seio da consciência reflexiva; objectivamente, revela-se através da figura física e do comportamento do indivíduo humano”*.

² Enciclopédia Luso-Brasileira da Cultura. (1991). 14^a ed. Lisboa. Editorial Verbo.

Ribeiro (1999) alega que uma boa teoria deve ter em conta factores inatos (hereditariedade, temperamento, carácter, entre outros) e factores adquiridos, não se limitando a conceber a Personalidade como simples produto de elementos biológicos ou sociais, não eliminando dela o que ela tem de mais fundamental: a sua capacidade de autodomínio.

1.1 - TRAÇOS DA PERSONALIDADE

Magnusson e Torestad (1993) apresentam teorias que procuram entender como e porquê os indivíduos funcionam de determinado modo num dado momento ou estágio, referindo duas teorias ou modelos complementares: aquelas que discutem o tema numa perspectiva corrente e as que o fazem numa perspectiva *desenvolvimental*.

As primeiras analisam e explicam o modo como os indivíduos funcionam com base nas suas disposições biológicas e psicológicas, não consideram a possibilidade da existência de um processo desenvolvimental passível de conduzir o indivíduo, ao seu estado actual.

Os modelos desenvolvimentais (como o psicanalítico e os genéticos) analisam e explicam o funcionamento actual do indivíduo em função da sua história desenvolvimental. Estes modelos estão atentos ao momento e à expressão de acontecimentos importantes no passado e na actualidade e ao modo como esses aspectos interagiram para produzir o funcionamento actual.

Muitas teorias da personalidade assumem que os traços são características persistentes do indivíduo, que sustentam ou espelham a personalidade e que estão por detrás do pensamento, dos sentimentos, do comportamento, da forma de agir, nas actividades do dia-a-dia, sendo de presumir que ao identificar os traços e assim a personalidade do indivíduo, seria possível prever o seu modo de actuar agora e no futuro.

O traço tem sido uma unidade de análise do comportamento privilegiada desde os primórdios da Psicologia. Praticamente todos os teóricos do traço assumem que os traços de personalidade têm ligação ao comportamento, embora varie o modo como traços e comportamentos se relacionam.

Eysenck (1976, p. 13) diferenciou tipo e traço: *‘tipo é um grupo de traços correlacionados e traço é um grupo de actos correlacionados do comportamento ou tendências para a acção’*.

Lersch (1954) citado por Ribeiro (1999) elucida que se podem distinguir três tipos de traços:

1. De comportamento - descrevem o aspecto externo do comportamento sem se interessar pelo que o provoca;
2. De realização - descrevem as maneiras características de realizar as tarefas e as realizações objectivas sem se interessar também pelas suas causas;
3. De essência - que se interessam pelos processos e estados intrapsíquicos, ou seja, pela realidade interior.

Desta forma, o termo personalidade tem vindo a oscilar entre os vários sentidos mesmo no latim clássico, antecipando alguns deles as definições actuais de *efeito externo* e outros de *efeito interno*.

Murphy e Davidshofer (1998) analisaram os traços de três modos diferentes:

- a) Os que provocam os comportamentos, ou seja, os traços explicam o comportamento. O comportamento honesto da pessoa resultaria do indivíduo ter um traço de honestidade;
- b) Os traços só existem na cabeça do investigador. Estes seriam uma organização cognitiva do investigador, que ao pretender organizar o comportamento dos outros numa totalidade coerente, construiria traços;
- c) Os traços são sumários descritivos. O comportamento do indivíduo não seria provocado pelos traços, mas antes, os traços seriam descrições do comportamento.

A ideia de que os traços são algo inerente ao indivíduo, uma estrutura tal como um esqueleto, e que todo o comportamento estaria dependente desse esqueleto, seria apelativa se conseguisse identificar ou avaliar essa estrutura.

2 - PERSONALIDADE TIPO A E CORONARIOPATIA

Nos últimos 50 anos vários cientistas têm estudado o comportamento e a sua relação com a doença cardiovascular. Na década de 50, dois cardiologistas Friedman e Rosenman (1959), constataram que os factores preliminares da doença cardiovascular, nomeadamente, hábitos tabágicos, hipertensão arterial e aumentos séricos de colesterol, não explicam o aumento da sua incidência.

Historicamente, o padrão comportamental de tipo A, é inicialmente descrito como um factor de risco nas doenças cardiovasculares. As disposições comportamentais essenciais destes indivíduos, seriam o sentimento de urgência do tempo e o investimento profissional excessivo. De acordo com os mesmos autores, os estudos deste perfil sucederam-se a fim de determinar o seu valor predictivo.

A partir dos primeiros trabalhos consagrados neste assunto, Dunbar verificou tratar-se habitualmente de um indivíduo ambicioso, autodisciplinado, com uma

agressividade reprimida e auto-exigente. Este, adopta esse estilo de vida particular, frequentemente descrito como um comportamento articulado em torno dos seguintes eixos: hiperactividade, competitividade, impaciência, sentimento da urgência do tempo e hiperinvestimento profissional (Fontaine, Kulbertus e Étienne 1998).

A descrição, classificação e denominação de personalidade tipo A, foram alguns dos conceitos introduzidos na literatura médica por Friedman e Rosenman depois de 1950. De acordo com estes autores, existiria um tipo de personalidade designada Tipo A, o qual se relacionaria com a maior propensão para a cardiopatia isquémica.

Estava pois caracterizada a Personalidade Tipo A, como sendo portadora de um marcante traço para a acção e emoção, resultando numa atitude de contínua e vigorosa luta em direcção aos objectivos, menosprezo das eventuais circunstâncias adversas e afectação especial para com o aproveitamento laborativo do tempo.

Para Mota-Cardoso e Coelho (1980) e Geada (1996), este padrão comportamental designado por tipo A (para o distinguir do tipo B, o oposto, não predisponente à doença coronária), é um complexo de respostas emocionais e motoras, que emerge num indivíduo com a personalidade pré-formada. Acrescentam ainda, que o adversário do conflito pode ser outro ou outros indivíduos (um rival competitivo, um superior opressor, um membro antagonista da família), mas o adversário mais frequente é a falta de tempo em si.

Na realidade, a personalidade tipo A encontra-se intrinsecamente orientada pelo desejo de atingir um número cada vez maior de objectivos, num lapso de tempo cada vez menor. Nunca tem tempo suficiente, dado os desejos e os objectivos se embrenharem uns nos outros, mostra-se apressado, com urgência, parcialmente em frustração e/ou em conflito (*hurry sickness*). Não aceita a derrota nem o conflito, pelo que tende a perseverar. Exibe uma hostilidade flutuante e bem racionalizada, não admitindo qualquer tipo de auto-comportamento menos meritoso.

Foi apenas nos últimos anos que as investigações trouxeram algumas clarificações sobre este estilo comportamental. Estes trabalhos sugerem que o conceito de "Tipo A", é demasiado vago e procuram encontrar um dos subcomponentes que o conceito mede indirectamente.

Cada autor tem a sua ideia sobre a natureza deste subcomponente. Alguns, como Fontaine, Kulbertus e Étienne (1998) propõem a hostilidade, outros insistem na necessidade de controlo, outros no autodomínio e outros ainda, na força de carácter.

A doença coronária, foi observada inicialmente nos próprios médicos. Já em 1910 Willian Osler enfatizava que alguns aspectos característicos da sua profissão, nomeadamente trabalho contínuo, rotineiro e de extrema responsabilidade, eram responsáveis pelo aparecimento dos sintomas anginosos referidos pelos médicos, que sofriam da doença aterosclerótica.

Os mesmos autores referem que Friedman e Rosenman, definiram o padrão A como factor de risco independente, duplicando a probabilidade de aparecimento de uma cardiopatia isquémica relativamente ao padrão B. Os mesmos autores citam Friedman (1969), trata-se *“de um padrão acção-emoção manifestado por indivíduos envolvidos numa luta quase crónica a fim de realizar o mais rapidamente possível um número ilimitado de objectivos mal definidos, se necessário a despeito dos obstáculos ou da vontade de outros indivíduos do seu ambiente”*.

2.1 – CARACTERÍSTICAS FISIOLÓGICAS DA PERSONALIDADE TIPO A

Fontaine, Étienne e Brouette (1987) realizaram uma revisão da literatura e evidenciaram que as relações entre *stress*, personalidade tipo A e doença coronária, suscitam ainda algumas dúvidas.

Actualmente, a maioria dos autores concorda que o *stress* induz alterações da frequência cardíaca e da tensão arterial, dos níveis de adrenalina, de noradrenalina, de cortisol e da hormona tireotrófica. Do mesmo modo, a tensão emocional prolongada eleva o nível de fibrinogénio e a ansiedade antecipatória ou consecutiva ao *stress*, aumentando a agregação plaquetária.

Alguns estudos realizados por Friedman e Rosenman (1959, 1963), demonstram que os comportamentos de tipo A, desencadeiam uma reactividade fisiológica particular, em situações bem específicas. Assim estes indivíduos reagem através de um aumento da colesterolémia e triglicéridos, ao *stress* específico, ligado a uma situação de urgência que consista em terminar uma tarefa num tempo determinado. Estas alterações são menos nítidas nos indivíduos de tipo B. Existe igualmente na sua excreção renal diária, um nível de catecolaminas (noradrenalina) maior (Fontaine, Kulbertus e Étienne, 1998).

Os níveis de hormona de crescimento aparecem significativamente menores nos tipos A, do que nos tipos B. Esta hormona desempenha um papel essencial na manutenção do colesterol em níveis normais.

O aumento da secreção de catecolaminas observa-se igualmente em resposta aos desafios (Friedman e Rosenman, 1959). Assim, nos indivíduos colocados experimentalmente em situações competitivas, verifica-se um aumento da secreção de adrenalina. Da mesma forma, a cólera e a hostilidade, estão associadas no tipo A, a um aumento de noradrenalina significativamente maior, do que nos indivíduos de tipo B.

Quando o indivíduo se sente ameaçado no seu ambiente, organiza os seus comportamentos de forma a restabelecer e manter o controlo. Esta situação ambiental comporta-se como agente de *stress*. Assim, uma reacção activada pelo *stress* provoca

um aumento da descarga de noradrenalina, enquanto o estado passivo provoca a sua diminuição.

Segundo Glass (1977) esta alternância elevação/diminuição de catecolaminas e as alterações rápidas entre a reactividade dos sistemas simpático e parassimpático, poderiam constituir o processo intermediário pelo qual as reacções aos acontecimentos geradores de *stress*, induziriam fenómenos bioquímicos e fisiopatológicos, que conduzem à doença coronária. O comportamento de tipo A, é igualmente susceptível de provocar uma elevação da tensão sistólica e da frequência cardíaca.

Concluindo, tal como sublinha Consoli (1990; 1993), citado por Fontaine, Kulbertus e Étienne (1998), o padrão A parece englobar pelo menos dois perfis distintos de valores predictivos opostos:

O subgrupo *carismático*, testemunhando um dinamismo natural e de qualidades relacionais positivas;

O subgrupo *defensivo*, que se protege de uma baixa auto-estima por uma necessidade constante de rivalidade, de objectivos cada vez mais ambiciosos e de uma luta desesperada contra o tempo. Este subgrupo representa o verdadeiro grupo de risco das doenças cardiovasculares.

Fraca liberdade de acção, falta de controlo sobre o ambiente, incongruência entre um padrão comportamental e tipo ambiental, provocariam repercussões fisiológicas nefastas a ponto de criar um risco acrescido de perturbações cardiovasculares.

A corrente de pensamento actual vinda dos trabalhos desta última década, define o indivíduo de tipo A como alguém que *procura o stress*, cujo estilo de vida o coloca em situações ricas em acontecimentos de stress, o que irá reforçar e manter a sua hiperactividade autónoma, levando a um aumento do risco cardiovascular. No entanto, encontra-se uma grande heterogeneidade nos indivíduos de tipo A, até mesmo por vezes com valores predictivos opostos (subgrupo *carismático* e *defensivo*).

2.1.1 - Personalidade Tipo A em mulheres

Com a participação activa da mulher na força de trabalho actual, evidentemente ela tornou-se também vulnerável a alguns estados patológicos anteriormente exclusivos dos homens e acabou perdendo aspectos importantes de sua vantagem biológica. Com isso, a mulher passou a ter também altos índices de mortalidade por coronariopatias.

Sabe-se que alguns tipos de ocupação favorecem a manifestação da Personalidade Tipo A, e como a grande maioria das ocupações deixou de ser monopólio masculino, essa Personalidade Tipo A passou a incidir praticamente em

igualdade entre os sexos. Assim, observa-se que a ocupação de executivo aumenta o risco de coronariopatia em mulheres.

Uma das curiosidades das pesquisas sobre a Personalidade Tipo A em mulheres mostra que o risco de desenvolvimento da doença coronária em mulheres Tipo A, é maior entre mulheres com funções executivas e, simultaneamente, com atribuições de trabalho doméstico, do que naquelas com trabalho externo mas não envolvidas no trabalho doméstico. Considerando mulheres Tipo A com trabalho externo e homens Tipo B, também com trabalho externo, também há risco aumentado de doença na mulher Tipo A (Riegel e Gocka, 1995).

Vários autores têm sugerido que tanto a mulher quanto o homem Tipo A, apresentam aumento da actividade do Sistema Nervoso Autónomo do tipo simpaticotónico (com predomínio das actividades adrenérgicas), facto não encontrado nas pessoas tidas como Tipo B. Como consequência disso, também se observam, entre os tais Tipos A e B, diferenças importantes na pressão arterial e frequência cardíaca (Shanfield, 1990; Riegel e Gocka, 1995).

Fisiopatologicamente sabe-se, hoje em dia, da relação entre a maior descarga simpática e o desenvolvimento de aterosclerose. As alterações hemodinâmicas provocam aumento da tensão na superfície das artérias ocasionando lesão endotelial e criando assim a formação da placa ateromatosas.

Esses estudos sugerem que a doença coronária aterosclerótica, condição principal para o desenvolvimento de enfarte do miocárdio, é de etiologia multifactorial, destacando-se entre esses factores o tabagismo, a dieta gordurosa, a hipertensão arterial, o sedentarismo e Personalidade Tipo A.

2.2 - HOSTILIDADE

Como já foi referido por Friedman e Rosenman (1959) o comportamento de tipo A, foi há muito reconhecido como um factor predictivo, tendo um risco de desenvolver coronariopatia duas vezes maior do que no tipo B.

Os doentes de tipo A, caracterizam-se por comportamentos que traduzem uma violência interna com uma vontade de expressar abertamente a cólera e a agressividade (complexo de hostilidade), um sentimento de urgência permanente e uma atitude de desconfiança dos outros. Estes doentes têm respostas simpaticotónicas exageradas.

Outros estudos que utilizaram o mesmo questionário de Friedman, permitiram detectar a personalidade de tipo A, não encontrando qualquer aumento do risco coronário. Estes estudos mais recentes consideram que o elemento importante da

personalidade de tipo A, é o conceito de hostilidade, predictivo da mortalidade por doenças cardiovasculares (Williams, 1987).

Cottraux (1993) sugere três dimensões nas novas conceptualizações cognitivas sobre o padrão comportamental de tipo A: a hostilidade/competitividade, a baixa auto-estima e o fraco controlo.

Powell (1992) põe a hipótese de um fraco controlo emergir da crença alternada num puro determinismo ambiental e numa possibilidade permanente de alteração ambiental. O doente de tipo A tentaria aumentar o seu controlo, através de uma procura de hipercontrolo do seu ambiente social. Esta dimensão de hipercontrolo integra-se perfeitamente na noção de estilo adaptativo, ou ainda emoção/resolução de problemas.

Um outro problema consiste em determinar exactamente o eventual poder predictivo do padrão A em caso de recidiva de enfarte. Também aqui existe controvérsia. Certos autores defendem a hipótese do padrão A ser fonte de recidiva (Rosenman et al, 1975), enquanto outros (Case et al, 1985) refutam esse carácter predictivo.

Larson (1993) propõe separar o conceito geral de tipo A em dois componentes: o *padrão A* seria uma perturbação da personalidade, enquanto que um novo termo *Stress Disorder (ou Hostility Disorder)* descreveria as manifestações patológicas. Para Fontaine, Kulbertus e Étienne (1998), no desenvolvimento das doenças coronárias, tem que se ter em conta os componentes *stress* e hostilidade. Além disso, o modo de funcionamento do tipo A, reveste-se de um carácter patológico e precipitante da doença cardiovascular, essencialmente em função da sua intensidade.

3 - CONCLUSÃO

Historicamente, o padrão comportamental de tipo A está associado ao aumento da incidência das doenças coronárias. Actualmente os critérios de definição do padrão comportamental de tipo A restringiram-se, o peso atribuído ao seu valor predictivo diminuiu e o seu estudo foi alargado a outras situações de sofrimento psicossomático.

Assim, o Padrão Comportamental tipo A, constitui um factor de risco independente da doença coronária, com *peso* aproximado aos outros factores de risco clássicos.

Vários estudos demonstram correlações entre certos tipos de comportamento, traços de carácter, estilos de vida relacional, componentes biológicas e o aparecimento de perturbações cardiovasculares.

Para melhor entender a doença, o modelo biopsicossocial parece-nos o ser o melhor modelo de compreensão e de explicação permitindo uma abordagem holística

integrando desta forma, os modelos explicativos da biologia, da dimensão psicológica e da dimensão social.

Face ao exposto, a coronariopatia é uma entidade nosológica multifactorial para além do tabagismo, hipercolesteronemia, hipertensão arterial, sedentarismo outros componentes psicopatológicos desempenham um papel tóxico no aparecimento das doenças cardiovasculares, como a hostilidade latente, a cólera, o esgotamento vital, as perturbações de pânico e a ansiedade fóbica.

BIBLIOGRAFIA

ALLPORT, Gordon - *Personalidade, padrões e desenvolvimento*. S. Paulo. Editora Ender, 1966.

CASE et al. - *Multicentre Post-Infarction research Group: Typo A behaviour and survival after acute myocardial infarction*. New England Journal Medicine, (312) 1985, p. 737 - 741.

DIAS, António Madureira - *Regresso ao trabalho após coronariopatia isquémica: subsídios para a identificação de alguns factores*. Dissertação de Mestrado. Faculdade de medicina de Coimbra. Coimbra. 2003.

EYSENCK H. J. - *The structure of human personality*. 3ª ed. London: Methuen, 1976.

ENCICLOPÉDIA LUSO-BRASILEIRA DA CULTURA. 14 ed. Lisboa. Editorial Verbo. 1991.

FONTAINE, A. M. *Expectativas de sucesso e realização escolar em função do contexto social*. Cadernos de Consulta Psicológica. Vol 3. 1987, p. 27 - 44.

FONTAINE, Ovide; ÉTIENNE, Anne-Marie. BROUETTE, B. - *Pattern comportamental de type A, stress et maladie coronarienne. Brève revue de la littérature*. Revue Médicale de Liège. Vol. 24. 1987. p. 962 - 975.

FONTAINE, Ovide; KULBERTUS, H.; ÉTIENNE, Anne-Marie (1998). *Stress e cardiologia*. Lisboa. Climepsi.

GEADA, Manuel - *Mecanismos de defesa de Coping e níveis de Saúde em adultos*. Análise Psicológica Vol 2-3 (XIV) 1996, p. 191 - 201.

GLASS, D. - *Stress, behavior patterns and coronary disease*. American Science. (65). 1977, p. 179 - 186.

I.N.E. - Instituto Nacional de Estatística - *Estatísticas da Saúde*. 2000, p. 27 - 29.

LARSON, J. A. - *New Perspectives on type A behavior: a psychiatric point of view*. Journal Psychiatry in Medicine. (23), 1993. p. 1495 - 1502.

MAGNUSSON, D.; TORESTAD, B. - *A holistic view of personality: a model revisited*. Annual Review of Psychology. (44). 1993, p. 427 - 452.

MOTA CARDOSO, Rui; COELHO, Rui A. - *Doentes coronários: grupoterapia e Psicodrama*. *Psiquiatria Clínica*. 1 (2), 1980, p. 121 - 125.

MURPHY, K.; DAVIDSHOFER, C. - *Psychological testing: principles and applications*. 4ª ed. Nova Jérícia. Prentice-Hall International, Inc. 1998.

RIBEIRO, J. L. P. - *Investigação e avaliação em Psicologia da Saúde*. Lisboa. Climpisi. 1999.

RIEGEL, Barbara; GOCKA, Ian - *Gender differences in adjustment to acute myocardial infarction*. *Heart & Lung*. San Diego. Calif. 24 (6). 1995, p. 457 – 466.

SHANFIELD, S. B. - *Return to work after an acute myocardial infarction*. American review. *Heart Lung*, (19), 1990, p. 109 - 117.