PSICOLOGIA .COM.PT
O PORTAL DOS PSICÓLOGOS

A PERSONALIDADE NA ETIOLOGIA E PROGRESSÃO DA DOENÇA FÍSICA

Monografia Final
Seminário de Investigação

(22 de Junho de 2009)

Sónia Patrícia Martins Carvalho
Universidade Católica Portuguesa - Faculdade de Filosofia de Braga

Orientação:
Dra. Ana Margarida Trovisqueira

Email:
soniacarvalho_1987@hotmail.com

RESUMO

Com esta investigação de revisão bibliográfica, realizada no âmbito da disciplina de Seminário de Investigação em Psicologia, procura-se perceber qual a influência da personalidade na etiologia e progressão da doença física. A personalidade é algo que caracteriza o sujeito e que o torna único, tendo repercussões em todos os aspectos da sua vida, inclusive na saúde e na doença. De facto, apesar da multiplicidade de factores que influenciam a doença física, a personalidade surge na literatura como um importante factor no desenvolvimento e prognóstico da doença física. Os resultados deste estudo sugerem que a personalidade apresenta efeitos causais na doença especificamente nas doenças cardiovasculares e no cancro, devido a diversos mecanismos tais como o stress percebido, o humor (e.g. depressão, raiva) e respostas psicológicas. Concluiu-se que, de facto, a personalidade tem um papel preponderante na etiologia e progressão da doença física, não sendo, contudo, um factor exclusivo.

Palavras-chave: Personalidade, doença, etiologia, prognóstico.

"Somos semelhantes aos outros mas também somos diferentes. Somos puxados por forças exteriores e interiores, mas também somos livres para fazer as nossas próprias escolhas. Somos racionais, mas também somos impelidos pelo sentimento. Somos não apenas as máscaras que usamos, mas também alguma coisa mais por baixo delas. Somos membros de uma certa cultura, mas somos também membros da raça humana. Cada uma das abordagens da personalidade – e da personagem teatral – debruça-se sobre um ou outro destes aspectos da nossa natureza. Cada um destes aspectos existe. E, nessa medida, cada abordagem é válida."

(Gleitman, H., Fridlund, A., & Reisberg, D., 2003; p.1025)

INTRODUÇÃO

Reconhece-se que a doença é melhor conceptualizada, não como um problema biomédico, mas antes como uma complexa interacção de factores psicológicos e fisiológicos (Ogden, 2004). De facto, são várias as variáveis psicossociais e comportamentais associadas à saúde e à doença. Rodin e Salovey (1989, cit in Pais Ribeiro, 2005), denominam essas variáveis de antecedentes, mediadoras e motivadoras. As variáveis antecedentes, correlacionam-se mais fortemente com resultados de saúde e de doença (e.g. variáveis disposicionais; factores cognitivos; variáveis do ambiente social; variáveis socioculturais; e comportamentos específicos). As variáveis mediadoras, que constituem comportamentos específicos que influenciam a saúde e as doenças (e.g. *coping;* adesão; uso e abuso de substâncias; exercício e outros comportamentos de saúde). As variáveis motivadoras, incluindo variáveis comportamentais e psicossociais com impacto significativo na saúde e nas doenças (e.g. personalidade; stress e ajustamento à doença).

Diversos estudos têm sido realizados com o objectivo de verificar qual o papel da personalidade na doença física. De facto, existem cada vez mais evidências de que os factores psicossociais estão estritamente relacionados com o desenvolvimento das doenças, sobretudo doenças crónicas e infecciosas (Banon & Feist, 2001, cit in Dresch, 2006).

Diferentes estudos foram comprovando que o físico e o psíquico são indissociáveis, tendo concluído que as características individuais do sujeito influenciam a sua saúde física, tendo um papel não só na origem, mas parecendo também afectar o prognóstico da doença (Ogden, 2004).

Assim, as variáveis psicológicas emergem na literatura estritamente ligadas à saúde e à doença. Acompanham a saúde e a doença, antecedem-nas e sucedem-lhes. Podem ser agentes causadores, amortecedores ou mediadores, e resultado da doença. Assim, as variáveis psicológicas associadas à saúde são inúmeras, desde a personalidade até às variáveis mais clássicas (Pais Ribeiro, 2005). Neste estudo, destacamos o papel da personalidade na etiologia e prognóstico na doença física.

Esta investigação de revisão teórica, através do método de pesquisa bibliográfica, propõe-se estudar a influência da personalidade na etiologia e progressão da doença física. Mais especificamente, propõe-se abordar a influência que os diferentes tipos de personalidade têm na origem da doença física. Pretende-se ainda verificar de que modo as estratégias de coping, relacionadas com o tipo de personalidade, influenciam a progressão da doença física.

Procurando atingir estes objectivos, esta monografia divide-se em três capítulos. No primeiro capítulo define-se personalidade e diferencia-se esta dos traços de personalidade. Abordar-se-á o desenvolvimento da personalidade e serão expostas diferentes perspectivas teóricas acerca da personalidade. Posteriormente, no segundo capitulo, serão apresentados os conceitos de saúde e doença, bem como a visão desses mesmos conceitos na perspectiva dos

Modelos Biomédico e Biopsicossocial. Será ainda abordado o papel dos factores psicossociais na saúde e na doença. No último capítulo, será abordada a relação entre personalidade e doença, focando essencialmente o papel que a personalidade desempenha na etiologia e prognóstico da doença física. O capítulo aborda especificamente o papel da personalidade no coping e na doença e, a influência dos diferentes tipos de personalidade na doença. Será analisada a influência da personalidade Tipo A nas Doenças Cardiovasculares, bem como a influência da personalidade tipo C no cancro.

CAPÍTULO I – PERSONALIDADE

"Nenhum homem nem nenhum destino se podem comparar a outro homem ou outro destino"
(Viktor Frankl, 1992)

Abordar o conceito de personalidade é, segundo Paim (2002), abordar o sentido que a pessoa dá às diferentes ocorrências e experiências da sua vida. Abordar a personalidade é ainda abordar a comunicação, as relações interpessoais e o comportamento social. Segundo o mesmo autor, a personalidade envolve a totalidade da pessoa.

A formação da personalidade é um processo gradual, complexo e único a cada indivíduo. Deste modo, o termo personalidade designa sobretudo a constância dos comportamentos individuais, ou seja, o conceito de personalidade é uma generalização abstracta de diversos pontos comuns de comportamento encontrados quer num indivíduo, quer num grupo de indivíduos. Assim, personalidade é, segundo Alchieri e colaboradores (2005), aquilo que diferencia as pessoas entre si, nas suas diversas preferências e acções, aquilo que as torna únicas.

Deste modo, verifica-se que a compreensão da personalidade humana não é simples, devido à grande variedade de elementos que a estruturam, originados por diversos factores, tanto biológicos, como psicológicos e sociais. Ao longo deste capítulo será definido o conceito de personalidade, diferenciando-se este conceito, do conceito de traços de personalidade. Será abordada a forma como a personalidade se desenvolve, ou seja, as influências da hereditariedade e do meio. Serão ainda apresentadas as diferentes teorias de personalidade na perspectiva de diversos autores.

1. Definição de Personalidade

Na literatura surgem diversas definições de personalidade. No entanto, apesar desta diversidade parece haver alguma unanimidade, uma vez que todas são congruentes em considerar a personalidade algo característico de um indivíduo, que o torna único.

O termo personalidade deriva do grego *persona*, que significa *máscara* (Gleitman et al., 2003). Pode-se definir também personalidade como um conceito dinâmico que descreve o crescimento e o desenvolvimento de todo o sistema psicológico de um indivíduo (McMartin, 1995). Noutras palavras, pode-se dizer que a personalidade é a soma total de como o indivíduo interage e reage na sua relação com os outros. Ou seja, a personalidade permite que nos reconheçamos e sejamos reconhecidos mesmo quando, ao desempenhar os vários papéis sociais,

usemos diferentes máscaras que representam as nossas diferentes "personagens". Define-se a personalidade como tudo aquilo que distingue um indivíduo de outros indivíduos, ou seja, o conjunto de características psicológicas que determinam a sua singularidade pessoal e social (McMartin, 1995).

Eysenck (1976; cit. in Dias, 2004) 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"*. Isto é, as diferenças na personalidade envolvem, não apenas o que as pessoas fazem, mas também aquilo que pensam, crêem e esperam (Gleitman et al, 2003). Deste modo, a personalidade tem uma estrutura básica, física e psicológica. Ou seja, a personalidade desenvolve padrões básicos de comportamento identificáveis em todos os níveis evolutivos dos indivíduos. Estes padrões mudam e são modificados pelo crescimento, desenvolvimento, aprendizagem e meio ambiente (Savastano, 1980).

Apesar da diversidade de conceitos, a personalidade representa essencialmente a noção de unidade integradora da pessoa, com todas as características diferenciais constantes (inteligência, carácter, temperamento, entre outras), e as suas modalidades ímpares de conduta (Dias, 2004). Assim, personalidade não é mais do que a organização dinâmica dos aspectos cognitivos, afectivos, fisiológicos e morfológicos do indivíduo (Dias, 2004).

Wrosch e Scheier (2003, cit in Pais Ribeiro, 2005) identificam três vantagens para o uso do termo personalidade em Psicologia. Primeiro, fornece a ideia ou a garantia de continuidade, de estabilidade ou de consistência acerca do modo como a pessoa actua, pensa ou vive as experiências diárias. Esta consistência assume várias formas: consistência ao longo do tempo e consistência no decorrer das situações. Uma segunda vantagem é o progresso de que a causa da acção (comportamentos, pensamentos, sentimentos) tem origem no interior. Uma última razão prende-se com o facto de a expressão *características da personalidade* ser utilizada para distinguir a pessoa como única, sendo a *personalidade* o aspecto central da identidade da pessoa (Pais Ribeiro, 2005).

1.1. Distinção entre Personalidade e traços de Personalidade

A literatura diferencia personalidade de um outro conceito com ela relacionado: os traços de personalidade. Assim, apesar de, como já referimos, a personalidade ser aquilo que nos torna únicos e diferentes dos outros, a personalidade de cada um engloba traços gerais, ou seja, características semelhantes às de outra pessoa (Ludin, 1979, cit in Paim, 2002). Assim, duas pessoas distintas, com personalidades distintas, podem apresentar formas semelhantes de ser, de estar ou de se comportar, em situações semelhantes. Ou, pelo contrário, duas pessoas com características muito semelhantes podem ter reacções diferentes numa mesma situação, uma vez

que é a intensidade/significado que a situação tem para a pessoa que vai "orientar" a sua forma de agir, bem como todo um conjunto de experiências anteriormente vividas por cada sujeito. Cada pessoa é única e reage aos acontecimentos de forma particular, uma vez que o ser humano configura características genéticas, fisiológicas, emocionais, cognitivas e sociais que funcionam de modo diferenciado em diferentes cenários e contextos (Fernandes Filho, 1992, cit in Paim, 2002).

O *Traço de personalidade* tem sido definido como uma unidade de análise do comportamento privilegiada desde os primórdios da Psicologia (Digman, 1990, cit in Pais Ribeiro, 2005). Praticamente todos os teóricos do *Traço* assumem que os traços de personalidade têm ligação com o comportamento (Digman, 1990, cit in Pais Ribeiro, 2005), embora varie o modo como traços e comportamento se relacionam.

Allport (s.d., cit in Paim, 2002), acreditava que os traços são essencialmente únicos a cada indivíduo, sublinhando que, em cada cultura, existem traços comuns ou disposições, que são parte dessa cultura. Seguidamente, passaremos à apresentação da perspectiva de Eysenck (1976) relativamente a esta questão, uma vez que este autor ao desenvolver o seu modelo de descrição e organização da personalidade, distingue os conceitos *Traço* e *Tipo*. Para Eysenck, um Traço refere-se a um conjunto de comportamentos relacionados que podem variar ou ocorrer em conjunto, sendo que o Tipo é uma conjuntura que abarca um conjunto de traços correlacionados. Ambos os conceitos se referem a dimensões contínuas, no entanto, o que os diferencia, é que o Tipo de personalidade é um conceito mais geral.

Desta forma, embora um sujeito possa ter traços em comum com outros, a personalidade é singular, uma vez que a sua individualidade é determinada pelo conjunto das características ou diferenças inter-individuais, dinamicamente estáveis, que constituem o ser humano, um ser concreto na sua identidade consigo mesmo e na sua diferenciação em relação aos outros (Ludin, 1979; Fernandes Filho, 1992, cit in Paim, 2002).

A teoria dos traços de personalidade, *Trait Theory,* é uma teoria muito referenciada nos estudos sobre personalidade. É uma abordagem que foi sendo reformulada sucessivamente, sendo os seus principais representantes: Allport (1966); Catell (1950;1979) e Eysenk (1970; 1971). Na *Trait Theory*, a personalidade de um indivíduo é caracterizada pelo somatório individual dos traços de personalidade (e.g. interesse, atitudes, motivos, temperamento) (Samulski, 2002, cit in Paim, 2008). Desta forma, a perspectiva dos traços constitui, antes de mais, uma tentativa para ser descritiva. Tal como refere Allport (1966, cit in Paim, 2008), a enumeração dos traços específicos de um indivíduo fornece uma descrição da sua personalidade. Esta teoria tenta encontrar uma forma de caracterizar as pessoas pela referência a alguns traços básicos subjacentes, e descrever as divergências entre indivíduos usando um contíguo padrão de atributos (Gleitman et al, 2003).

De facto, sendo que a consistência do comportamento é o que determina a presença dos traços, como referem Gleitman e colaboradores (2003), podemos, no entanto, verificar que umas pessoas são mais consistentes que outras, ou seja, esta consistência de comportamentos é claramente influenciada pelas situações sociais a que o meio ambiente nos expõe. Assim, para alguns teóricos os traços são tendências gerais de comportamento que, em última instância, radicam na organização biológica do indivíduo (Gleitman et al, 2003), mas estes podem evoluir ao longo do tempo, com a experiência e podem mudar à medida que o indivíduo aprende novas maneiras de se adaptar ao mundo (Cloninger, 1999, cit in Paim, 2008).

Do nascimento à vida adulta, o indivíduo vai estruturando progressivamente as situações do meio e reage às mesmas, de maneira padronizada, ajustando-se cada vez melhor ao seu meio. Nesta linha de pensamento, também Telles (1982, cit in Paim, 2008), considera a personalidade e todos os seus traços resultantes, entendido aqui, como uma característica duradoura do indivíduo e que se manifesta na forma de se comportar numa ampla variedade de situações, unem-se numa construção física única – o indivíduo. Deste modo, cada indivíduo tem uma constituição física característica e desta resulta o seu temperamento. Da interacção entre a constituição física e temperamento, em contacto com o meio físico e social, surgem o carácter e grande parte dos restantes traços de personalidade.

O Modelo dos Cinco Grandes Factores (*Big Five Model*) (John, 1999), tem sido um dos mais utilizados em estudos acerca da personalidade, por se ter demonstrado tão abrangente e conciso. Apesar de considerar os traços de personalidade como biologicamente fundamentados, este modelo reconhece que existem adaptações psicológicas aprendidas a partir das experiências quotidianas (McCrae, 2006, cit in Silva et al, 2007). Deste modo, os traços de personalidade serviriam de auxílio à forma como interpretamos e respondemos ao nosso ambiente, o que explica as diferenças individuais e as distintas formas de responder às situações do meio. O Modelo dos Cinco Grandes Factores sustenta *"que os traços com base biológica interagem com o ambiente social para orientar o nosso comportamento a cada instante"* (McCrae, 2006, cit in Silva et al, 2007).

Assim tal como Allport e Allport (1921, cit. in Pais Ribeiro 2005) apontam: *"a personalidade são as tendências de ajustamento individual ao meio social"*, isto é, a personalidade é uma organização dinâmica, de dentro da pessoa, dos sistemas psicofísicos que estão na origem dos padrões característicos de comportamento, pensamentos e sentimentos (Allport, 1961, cit. In Pais Ribeiro, 2005). Desta forma, muitos factores podem contribuir para as diferenças de personalidade ao nível inter-cultural. Como refere Murray, quando existem diferenças de carácter entre indivíduos da mesma população, da mesma cultura, é evidente que essas diferenças reflectem algo específico de cada indivíduo (Murray, 2008). Ou seja, é, através da socialização que a comportamento individual é marcada segundo padrões de uma cultura ou sociedade.

2. Desenvolvimento da Personalidade

A formação da personalidade decorre de um processo gradual, complexo e único a cada indivíduo. No desenvolvimento da personalidade encontramos a influência de factores hereditários (genéticos), e a influência do meio, bem como das experiências anteriores do sujeito.

Os diferentes autores, embora possam ser mais apologistas da influência de um dos factores, normalmente não descuram a importância dos outros, uma vez que a personalidade não é inata nem apenas determinada pelo meio, uma vez que, é no jogo das interacções entre os diferentes factores e variáveis (e.g. factores biológicos e influências sociais) que se pode compreender o comportamento actual das pessoas. Desta forma, podemos afirmar que a personalidade é uma construção dinâmica e interactiva, sendo o sujeito elemento activo da sua própria história e projecto de vida. Assim sendo, o desenvolvimento humano pode ser, então, definido como o *"conjunto de processos através dos quais as particularidades da pessoa e do ambiente interagem para produzir constância e mudança nas características da pessoa no curso de sua vida"* (Bronfenbrenner, 1989, p.191, cit in Alves, 1997).

2.1. A hereditariedade

Segundo Dausset (1998), cada Homem é singular, tanto ao nível do seu genótipo (programa genético), como do seu fenótipo (o que ele é no plano físico e mental). Assim, segundo o mesmo autor, ninguém é uma cópia exacta dos pais.

Existem alguns efeitos genéticos bastante consideráveis no desenvolvimento da personalidade humana. Segundo Gleitman e colaboradores (2003) alguns traços têm uma base genética, contudo, os genes por si só, não conseguem explicar a variabilidade na personalidade. Segundo os mesmos autores, o património genético do indivíduo define-se na sua singularidade morfológica, fisiológica, sexual (feminino e masculino).

Para Allport (1966, cit in Paim, 2008), são constituintes da personalidade, o físico, o temperamento e a inteligência, sendo esses considerados a base da personalidade. Segundo Paim (2008), Allport alerta que os três factores, dentro de certos limites, são influenciados, durante a vida, pela nutrição, pela saúde, pela doença e pelo ambiente. Na determinação do temperamento estão as variações individuais do organismo, concretamente a constituição física e o funcionamento do sistema nervoso e do sistema endócrino, que são em grande parte hereditários. Assim, segundo Harris (1970, cit in Eysenck & Wilson, 1976), o conjunto de características que herdamos (fisiológicas, morfológicas e sexuais) vão influenciar a personalidade.

Apesar das diferenças, a maioria dos teóricos anuem que o temperamento: se refere a dimensões gerais de comportamento representando padrões universais de desenvolvimento; se manifesta já durante a infância e constitui biologicamente a personalidade; é relativamente estável ao longo do tempo; apresenta substrato biológico; e os factores do contexto podem influenciar as expressões temperamentais (Goldsmith & Rieser-Danner, 1986, cit in Ito et al, 2002).

2.2. A influência do meio

A perspectiva de Eysenck acerca quer da influência da hereditariedade quer da influência dos factores do meio na personalidade, vai de encontro ao anteriormente referido, isto é, a personalidade é influenciada pelo conjunto e interacção desses diferentes factores.

Segundo Eysenck (1976), o facto dos seres humanos constituírem simultaneamente organismos biológicos e produtos do meio social significa que são constantemente confrontados com o paradigma da interacção. Para este autor, tal demonstra que os factores biológicos e as influências sociais se encontram em interacção constante uns com os outros, e nenhuma tentativa para compreender a psicologia poderá ter êxito se não tiver isto em mente (Eysenck, 1976). Ainda segundo Eysenck (1976), tanto a hereditariedade como o meio ambiente desempenham de forma clara o seu papel no comportamento observável. Uma tal doutrina interaccionista sugere a importância, não de sublinhar o papel de um ou outro factor, mas de descobrir com alguma precisão as contribuições relativas dos dois factores em qualquer situação particular (Eysenck, 1976).

Assim se depreende que os traços psicológicos e o comportamento social dependem de uma aprendizagem social e de processos mentais complexos, mas isto não exclui a importância de factores genéticos (Shields, 1976). Num sentido mais lato, só os genes e cromossomas é que são herdados (o ADN com a sua sequência codificada de aminoácidos), tudo o mais é adquirido pelo indivíduo no decurso do seu desenvolvimento (Shields, 1976). O ambiente apenas desenvolve e melhora as potencialidades inatas, mas não cria novas estruturas.

Associado à influência do meio, surge o conceito de experiências pessoais, pois, estas abarcam as vivências de cada um influenciando a sua personalidade (Shields, cit in Eysenck & Wilson, 1976). Assim, os acontecimentos e as experiências vividas afectam a personalidade ao longo de toda a vida.

Todos os indivíduos estão inseridos num contexto social e cultural que é preponderante para a definição de si mesmos.

Allport e Allport (1921, cit. in Pais Ribeiro 2005), apontam que: *"a personalidade são as tendências de ajustamento individual ao meio social"*, isto é, a personalidade é uma organização

dinâmica, de dentro da pessoa, dos sistemas psicofísicos que estão na origem dos padrões característicos de comportamento, pensamentos e sentimentos. Assim, muitos factores podem contribuir para as diferenças de personalidade ao nível inter-cultural. Alguma dessas causas, podem ter origem nas idiossincrasias das histórias únicas duma população específica (Murray, 2008). Como refere Murray (2008), quando existem diferenças de carácter entre indivíduos da mesma população, da mesma cultura, é evidente que essas diferenças reflectem algo específico de cada indivíduo. Ou seja, é, através da socialização que o comportamento individual é marcado segundo padrões de uma cultura ou sociedade.

3. Teorias da Personalidade

Atendendo a que o comportamento do ser humano, mesmo no que respeita à saúde e à doença, é influenciado pela personalidade, que por seu turno é de complexa compreensão, uma vez que liga fenómenos biológicos, psicológicos e sociais, consideramos pertinente, analisar as diferentes perspectivas teóricas acerca da personalidade.

As teorias da personalidade constituem tentativas para descrever e explicar o modo como os indivíduos se distinguem no seu estilo geral de comportamento, na sua personalidade (Goldberg, 1971, cit in John, 1999). Seguidamente passaremos a expor diferentes teorias que explicam a personalidade. Ainda que existam semelhanças e convergências entre as diferentes teorias, as discrepâncias e os desacordos ainda são notáveis, como verificaremos em seguida.

3.1. A Teoria Psicanalítica de Sigmund Freud

A psicanálise é um corpo teórico explicativo da estrutura psíquica, da vida mental e afectiva. A teoria psicanalítica vai centrar a explicação do comportamento em factores energéticos e internos à própria pessoa, apresentando assim uma visão intrapsíquica do funcionamento humano. Nesta perspectiva, a personalidade é, assim, orientada por forças pulsionais, marcadas pelo inconsciente, e por uma grande importância atribuída à infância (Freud, 1905; cit in Gleitman et al, 2003).

Hall e colaboradores (2000) apontam que, Freud foi provavelmente o primeiro teórico da psicologia a enfatizar os aspectos desenvolvimentais da personalidade e, em particular, o papel decisivo dos primeiros anos de vida como formadores da estrutura de carácter básica do indivíduo. Na verdade, Freud considerava que a personalidade já estava muito bem formada pelo final do quinto ano de vida e que o desenvolvimento subsequente era praticamente só a

elaboração dessa estrutura básica (Hall et al, 2000). Assim, Freud acreditava que "a criança é o pai do Homem" (Hall et al, 2000).

Freud concluiu, então, que todos os seres humanos passam por uma sucessão de ocorrências significativas, bastante semelhantes no início da vida, sendo que as mais importantes dessas ocorrências envolvem pulsões sexuais e que é este passado da infância, que molda a nossa personalidade (Freud, 1905, cit in Gleitman et al, 2003). Ou seja, Freud considera que as principais características da personalidade adulta têm origem no modo como os conflitos da infância foram vividos e na forma como se lidou com estes.

3.2. A Teoria de Centrada na Pessoa de Carl Rogers

Rogers aposta primordialmente na capacidade que a pessoa tem para, ela própria, conseguir mudanças significativas. Ou seja, Rogers impõe-se ao uso de técnicas baseando-se por isso em atitudes terapêuticas que proporcionem à pessoa compreender que uma mudança terapêutica depende essencialmente de si mesma (Bozarth, 2002).

A teoria da personalidade de Rogers (1951, cit in Rogers & Wallen, 2000) baseia-se numa racionalidade centrada na pessoa e no seu potencial de crescimento, na sua capacidade de auto-realização (Hall et al, 2000). Segundo o fundador desta teoria, a pessoa tem competências que lhe permitem conhecer-se, aceitar-se e transformar-se. Assim, o sujeito vai resolver problemas, avaliar-se a si próprio e às situações e orientar racionalmente a sua vida. Tal como afirma Bozarth (2002), a essência da terapia centrada na pessoa é formulada com base na autoridade que os clientes têm sobre as suas próprias vidas.

Rogers valoriza as interacções com os outros na formação da personalidade, isto é, o indivíduo constrói a sua personalidade com características muito próprias, uma vez que o sujeito procura também ser aceite pelos outros. Assim, a personalidade depende do processo de integração das vivências e experiências no seu "eu". (Rogers & Wallen, 2000).

3.3. Gordon Allport e o Indivíduo

Para Allport, a personalidade é o conjunto de todo o ser humano (psicologia e biologia integrados) que permite a resposta, de certa forma, padronizada às diferentes situações. Assim, para Allport, a personalidade não é apenas uma construção do observador ou algo que só existe quando há uma outra pessoa para reagir a ela. A personalidade tem uma existência real e envolve factores neurais ou fisiológicos.

Inicialmente, Allport sugeriu que se poderia definir brevemente a personalidade como "o que o Homem realmente é". Contudo, o autor posteriormente depreendeu que isso era demasiado abreviado para ter utilidade e procedeu a uma definição mais elaborada: "A personalidade é a organização dinâmica, dentro do indivíduo, daqueles sistemas psicofísicos que determinam seus ajustamentos únicos ao ambiente" (Allport 1937, p.48, cit in Hall et al, 2000). O termo "organização dinâmica" enfatiza o facto da personalidade estar em constante desenvolvimento e mudança, embora, ao mesmo tempo, exista uma organização ou sistema que agrupa e relaciona os vários componentes da personalidade. O termo "psicofísico" relembra que a personalidade "não é nem exclusivamente mental nem exclusivamente neural. A organização envolve a operação do corpo e da mente, inextrincavelmente fundidos numa unidade pessoal" (1937, p.48 cit in Hall et al, 2000).

Desta forma, depreende-se que a personalidade é constituída por tendências determinantes que desempenham um papel activo no comportamento do indivíduo: "A personalidade é alguma coisa que faz alguma coisa… Ela é o que está por trás de actos específicos dentro do indivíduo" (1937, p.48 cit in Hall et al, 2000).

3.4. Modelo de Personalidade de Millon

Millon apresenta uma teoria biopsicossocial, uma vez que tem em conta os diversos factores (biológico, psicológico, social e cultural) que influenciam a personalidade humana. O modelo de Estilos de Personalidade de Millon conjuga teoria com avaliação e intervenção, o que amplia extraordinariamente a relevância para a investigação científica.

Destaca Millon (1979, cit in Alchieri et al, 2005) que a criança traz uma carga genética que molda o seu desenvolvimento físico e psicológico. Devido a essa herança, o indivíduo está geneticamente predisposto a comportar-se, a sentir e a ter uma inteligência análoga à dos seus progenitores. De entre os factores psicológicos, Millon reforça a importância que a estimulação inicial na criança tem sobre os processos de maturação e desenvolvimento neuropsicológico, tendo em vista a grande plasticidade da base biológica (Casullo, 2000, cit in Alchieri et al, 2005).

Como referem Alchieri e colaboradores (2005), para Millon, a acção adaptativa é baseada em formas flexíveis de reagir face à multiplicidade de situações decorrentes da aprendizagem de atitudes interpessoais (e.g. autoconfiança, a identidade) e da aprendizagem de estratégias de encarar os desafios. Deste modo, é a partir da proveniência dos reforços utilizados pelo sujeito que se irão fundar e definir os padrões classificados de estilos de personalidade.

3.5. A Teoria Analítica de Carl Jung

Segundo Hall e colaboradores (2000), Jung (1948) arquitectou a personalidade, ou psique, como um sistema de energia parcialmente fechado. Parcialmente fechado, porque a energia de fontes exteriores precisa ser acrescentada ao sistema, por exemplo, pela alimentação. A energia também é subtraída do sistema, por exemplo, pela realização do trabalho muscular. Também é possível que estímulos ambientais provoquem transformações na distribuição de energia dentro do sistema. O facto da dinâmica da personalidade estar submetida a influências e a modificações de fontes externas indica que a personalidade não pode atingir um estado de perfeita estabilidade, como poderia acontecer se ela fosse um sistema fechado. A personalidade apenas pode tornar-se relativamente estável (Hall et al, 2000).

Segundo Symington (1999), o aspecto mais relevante da teoria da personalidade de Jung, é o conceito do inconsciente colectivo com os seus arquétipos, a sua ênfase no carácter revolucionário do desenvolvimento da personalidade. Jung acreditava que os humanos estão constantemente a progredir (ou a tentar progredir) de um estádio de desenvolvimento menos completo para o mais completo.

3.6. A Teoria do Traço Biológico de Hans Eysenck

Eysenck propõe "no estudo da personalidade dois aspectos interligados" (Eysenck, 1990, cit in Hall et al, p.292, 2000). O primeiro aspecto é descritivo e enfatiza o estabelecimento de unidades a serem usadas para sintetizar o modo como os indivíduos diferem. O segundo refere-se aos elementos causais. Eysenck aceita o papel crítico da aprendizagem e das forças ambientais, mas declara que nós também precisamos de explicar o facto de que o efeito de uma dada situação varia nos diferentes indivíduos. Salienta ainda o papel fundamental desempenhado pelos factores biológicos.

Eysenck (1990, cit in Hall et al, 2000) apresenta três argumentos para defender o papel crítico que os factores biológicos desempenham na determinação das diferenças individuais. Primeiro, esses factores apareceram consistentemente em investigações da estrutura da personalidade em culturas amplamente distintas (Barrat & Eysenck, 1984, cit in Hall et al, 2000), tal concordância cultural cruzada é difícil de explicar a não ser em termos biológicos. Em segundo lugar, os indivíduos tendem a conservar as suas posturas nessas dimensões ao longo do tempo (Conley, 1984, cit in Hall et al, 2000). Em terceiro lugar, há evidências de uma substancial componente herdada nas diferenças individuais nas três dimensões (Eaves, Eysenck & Martin, 1989; Loehlin, 1989, cit in Hall et al, 2000). Os dois últimos factos indicam claramente, para Eysenck, que as forças biológicas contribuem para as diferenças individuais nas tipologias

referidas. Além disso, existem investigações que apoiam directamente as bases biológicas da extroversão e do neuroticismo, por exemplo os trabalhos de Bollock & Gililand, 1993; Eysenck, 1967; Smith, 1983; entre outros (cit in Hall et al, 2000).

A teoria de Eysenk baseia-se mormente na psicologia e na genética. Não obstante, considera também os hábitos aprendidos como algo de grande importância, considera que as nossas diferenças de personalidade surgem da nossa herança genética. Por tanto, este autor está especialmente interessado no que usualmente se designa por temperamento (Gleitman et al, 2003).

Sumariando, são diversas as definições de personalidade, no entanto todas enfatizam que a personalidade é uma organização dinâmica, que está na origem dos padrões característicos de comportamento, pensamentos e sentimentos (Allport, 1961, cit. In Pais Ribeiro, 2005). Pode salientar-se que a personalidade não é inata, nem apenas determinada pelo meio, e sim, no jogo das interacções entre os diferentes factores e variáveis que se podem compreender os comportamentos das pessoas (Dias, 2004). São três os factores que influenciam a personalidade: as influências hereditárias, as influências do meio e as experiências pessoais. Estes três factores encontram-se estritamente interligados entre si, embora a influência destes factores seja distinta nos diferentes indivíduos e nas diversas fases da vida (Dias 2004). Desta forma, o desenvolvimento humano pode ser, então, definido como o *"conjunto de processos através dos quais as particularidades da pessoa e do ambiente interagem para produzir constância e mudança nas características da pessoa no curso de sua vida"* (Bronfenbrenner, 1989, p.191, cit in Alves, 1997).

Com este capítulo, pretendeu-se, abordar as diferentes concepções de personalidade, procurando compreender como esta se desenvolve e como influencia os comportamentos dos indivíduos, os quais, tal como verificaremos no capítulo seguinte, podem ter repercussões na saúde física dos mesmos.

CAPÍTULO II – SAÚDE E DOENÇA

"Assim como existe uma forma saudável de definir e viver a doença, existe um desafio constante para manter e representar positivamente o estado de saúde"
(Bolander, 1998)

A saúde e doença são expressões de um conjunto inter-relacionado ou dinâmico das circunstâncias físicas, biológicas, sociais, culturais e ambientais peculiares a cada indivíduo ou comunidade (Savastano, 1980).

Inicialmente, os investigadores e profissionais de saúde descuravam a importância das componentes emocionais e sociais na doença devido às perspectivas reducionistas que vigoravam. Felizmente, actualmente encontram-se na literatura definições mais flexíveis de saúde e de doença, ou seja, presentemente é possível encontrar múltiplos aspectos considerados como preponderantes para precipitação de doença e manutenção de saúde (Caprara, 2003). No entanto, não podemos descurar o facto de estes conceitos poderem ser subjectivos, o que leva a que, apesar da evolução na caracterização destes conceitos, estes conceitos não sejam ainda universais.

A cultura, entendida como conjunto de ideias, conceitos, regras, comportamentos compartilhados num determinado grupo cultural, organiza a experiência da doença e do comportamento de maneira distinta nas diferentes sociedades (Bibeau, 1981; Good, 1994; Kleinman, 1988, cit in Caprara, 2003).

Este capítulo inicia com a caracterização dos conceitos de saúde e doença, sendo seguidamente abordados estes conceitos à luz dos Modelos Biomédico e Biopsicossocial. Para finalizar será abordada a importância do papel dos factores psicossociais na saúde e na doença.

1. Conceitos de Saúde e Doença

Saúde e doença não são estados ou condições estáveis, mas sim conceitos vitais, sujeitos a constante avaliação e mudança (Coelho & Filho, 2002)

O conceito de saúde, segundo Pais Ribeiro (2005) não existe num vazio cultural, político, histórico e social. Pelo contrário, reflecte os valores, as crenças, os conhecimentos, as actividades, em suma, a cultura da sociedade partilhada por todos os seus membros, especialistas e leigos, cultos ou incultos, analfabetos ou instruídos. Por outro lado, o conceito de saúde varia

consoante o contexto histórico e cultural, social e pessoal, cientifico e filosófico (Caprara, 2003). Por vezes, esses significados ou são contraditórios ou sobrepõem-se, espelhando a variedade de contextos de experiência humana (Caprara, 2003). Cada indivíduo tem, para si mesmo, sua própria concepção de saúde. As pessoas sentem saúde e doença de diferentes maneiras e graus como indivíduos e nas diferentes culturas (Savastano, 1980). Desta forma, a saúde é uma questão pessoal (psicológica), cultural, social e política (Coelho & Filho, 2002). Alguns estudos demonstram que os comportamentos e as respostas do indivíduo ao ambiente parecem relacionar-se com o risco da doença, mas estão inseridos num contexto social (Martins, 2004).

De facto, os conceitos de saúde e doença sofreram algumas modificações e actualizações no decorrer dos tempos, como veremos em seguida. Para Sigerist, a saúde não era apenas a ausência de doença, mas antes algo positivo, uma atitude espirituosa, de alegria perante a vida, de aceitação alegre das responsabilidades conferidas pela vida (Pais Ribeiro, 2005).

Em 1941, Sigerist (cit in Pais Ribeiro, 2005), escrevia que: *"o indivíduo saudável era bem equilibrado corporal e mentalmente e bem ajustado ao seu meio físico e social. Estava em controlo total dos seus recursos mentais e físicos, adaptava-se às mudanças do meio desde que não excedessem os limites normais, e contribuía para o bem – estar da sociedade de acordo com a sua capacidade"*.

Actualmente a definição se saúde da Organização Mundial de Saúde é, por um lado, mais abrangente, uma vez que tem em conta simultaneamente os factores físicos, mentais e sociais, mas no entanto, na nossa opinião permanece ainda demasiado simplista e reducionista, uma vez que, como veremos seguidamente, a saúde é qualificada de forma singular por cada individuo. No entanto, não podemos descurar o progresso da definição de saúde apresentado por esta organização. Assim, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social (Segre & Ferraz, 1997). No início, a definição da OMS era relativamente simples, considerada no sentido de um direito humano (Savastano, 1980), e centrada no indivíduo isolado, separado quer dos outros indivíduos quer do seu meio ambiente (King, 1990, cit in Pais Ribeiro, 2005). Embora continue a constituir a definição matriz da OMS, posteriormente esta organização acrescentou elementos que permitem uma compreensão mais ampla do conceito de saúde. Neste esclarecimento, a OMS advoga que a saúde é a extensão em que um indivíduo ou grupo é capaz de, por um lado, modificar ou lidar e satisfazer as suas necessidades, e de, por outro lado, modificar ou lidar com o meio envolvente. Acrescenta ainda a OMS que a saúde é um recurso para a vida do dia-a-dia, uma dimensão da qualidade de vida, e não um objectivo de vida (OMS, 1986, cit in Pais Ribeiro, 2005).

Dentro da concepção de doença, a língua inglesa utiliza três termos – *disease, illness, sickness* – que em português se poderiam expressar como, ter uma doença, sentir-se doente e comportar-se como doente (Pais Ribeiro, 2005). O primeiro termo – *disease*, ter uma doença –

pode ser encarado como um acontecimento biológico, caracterizado por mudanças anatómicas, fisiológicas, bioquímicas, ou combinação de todas elas (Barondess, 1979, cit in Pais Ribeiro, 2005). Cassel (1976, cit in Pais Ribeiro, 2005) explica que *illness* é o que o doente sente quando decide ir ao médico, *disease* é o que ele tem quando regressa do médico. O segundo termo – *illness,* sentir-se doente – não é um evento biológico, é um acontecimento humano. Isto é, consiste numa configuração de desconforto e desorganização psicossocial, resultante da interacção do indivíduo com o meio em que está inserido (Barondess, 1979, cit in Pais Ribeiro, 2005). O terceiro termo – *sickness,* comportar-se como doente – é uma analogia social, um estatuto ou um papel adoptado por pessoas que foram rotuladas como não saudáveis (Thorensen & Eagleston, 1985, cit in Pais Ribeiro, 2005). Trata-se de uma cisão na estrutura, ou função, de uma parte do corpo, de um sistema ou subsistema.

As doenças são companheiras da humanidade e, mais, de todos os organismos vivos (Pais Ribeiro, 2005). De facto, segundo Brody & Sobel, 1979 (p.93; cit in Pais Ribeiro, 2005), a doença é *"a incapacidade de responder adaptativamente aos desafios ambientais resultando disto a perturbação do equilíbrio do sistema"*, por oposição à saúde, que é, segundo estes autores, a "*capacidade de um sistema (por exemplo, célula, organismo, família, sociedade) para responder de um modo ajustado a uma grande variedade de desafios colocados pelo ambiente (por exemplo, físico, químico, infeccioso, psicológico, social)"* (p.92).

1.1. Saúde e Doença na Perspectiva do Modelo Biomédico e do Modelo Biopsicossocial

O Modelo Biomédico tradicional baseia-se em grande parte numa visão cartesiana do mundo, considerando que a doença consiste numa avaria temporal ou permanente do funcionamento de um componente ou da relação entre componentes. Curar a doença equivalia, nesta perspectiva, à reparação da máquina (Engels, 1977; Noack, 1987, cit in Pais Ribeiro, 2005). O Modelo Biomédico assenta, deste modo, nos pressupostos da cisão mente-corpo (ou seja, mente e corpo eram vistos como identidades separadas) e no reducionismo. Na perspectiva deste modelo as doenças provêm do exterior do corpo, invadindo-o e causando mudanças físicas dentro deste, ou têm origem em mudanças físicas internas involuntárias. Tais doenças são causadas por um variado número de factores, incluindo desequilíbrios químicos, bactérias, vírus e predisposição genética (Ogden, 2004).

O Modelo Biomédico Clássico define a saúde em termos de ausência de doença (Suls & Rothman, 2004, cit in Dresch, 2006). Assim, para o Modelo Biomédico, a saúde e a doença são qualitativamente diferentes – ou se é saudável ou se é doente, não existe uma continuidade entre ambas. Ou seja, o modelo biomédico da medicina, encara a mente e o corpo como funcionando independentemente um do outro. São definidos como entidades separadas. Esta perspectiva é comparável ao modelo dualista tradicional da visão mente-corpo. De acordo com esta

perspectiva, a mente é incapaz de influenciar o estado físico sendo perspectivada como algo de abstracto, relacionada com os sentimentos e os pensamentos, e o corpo é visto em termos de substâncias físicas tais como pele, músculos, ossos cérebro e órgãos. As mudanças na matéria física são consideradas independentes das mudanças no estado da mente (Ogden, 2004).

Após a II Guerra Mundial, o Modelo Biomédico deixou de explicar satisfatoriamente as grandes questões que se colocavam à medicina, e a manutenção do modelo biomédico, que ainda hoje tende a predominar em muitos contextos, deixou de ser um modelo cientifico para se tornar um dogma, como explica Engel (1977, cit in Pais Ribeiro, 2005). Assim, na sequência da necessidade de encontrar modelos explicativos mais complexos, emerge então, na área da saúde, o Modelo Biopsicossocial. O Modelo Biopsicossocial visa ultrapassar o reducionismo do Modelo Biomédico, deste modo, este modelo defende que a saúde e a doença não podem ser cingidas aos factores biológicos ou orgânicos, como postula a biomedicina, uma vez que as dimensões psicológica e social da pessoa são igualmente relevantes (Reis, 1999).

A evidência, cada vez mais presente, de que os factores psicossociais estão estritamente relacionados com o desenvolvimento das doenças, sobretudo crónicas, mas também as infecciosas, deu lugar ao surgimento e fortalecimento do Modelo Biopsicossocial na segunda metade do século XX (Banon & Feist, 2001, cit in Dresch, 2006). O Modelo Biopsicossocial suporta a ideia de que os processos biológicos, psicológicos e sociais estão integral e interactivamente implicados na saúde e na doença (Suls & Rothman, 2004, cit in Dresch, 2006).

Ao propor e explicar o Modelo Biopsicossocial, Engel (1977, cit in Pais Ribeiro, 2005) refere que a compreensão dos determinantes da doença, a escolha de um tratamento racional, a definição de padrões de cuidados de saúde, deve ter em consideração o doente, o contexto social no qual ele vive, o sistema alargado em que se insere, nomeadamente, os efeitos desorganizadores da doença, o papel do médico e o sistema de cuidados de saúde (Pais Ribeiro, 2005). Como salienta Marín (1995, cit in Pais Ribeiro, 2005), o comportamento na saúde e nas doenças só se pode compreender no seu contexto social.

Neste sentido ia a critica de Engel (1977, cit in Pais Ribeiro, 2005) ao modelo biomédico, quando dizia que este assumia que a doença era totalmente explicada por variáveis biológicas (bioquímicas ou neurofisiologicas), defendendo a necessidade de um novo modelo médico, um modelo biopsicossocial, cuja função seria estabelecer se a pessoa que pedia ajuda estava doente ou estava bem. Se estivesse doente, porquê e de que maneira estava doente. E depois desenvolver um programa para tratar a doença e recuperar e manter a saúde (Pais Ribeiro, 2005). Também para Gadamer (1994, cit in Caprara, 2003) a saúde não pode ser mensurada porque está ligada ao estado de ser de cada indivíduo, é por isso que tem sentido perguntar às pessoas se elas se sentem doentes.

O Modelo Biopsicossocial parece ser o modelo que proporciona melhor compreensão e explicação de doença, permitindo uma abordagem holistica integrando desta forma, os modelos explicativos da biologia, da dimensão psicológica e da dimensão social (Dias, 2004).

2. O reconhecimento dos Factores Psicossociais na Saúde e na Doença

Tendo em conta as alterações substanciais no que se refere à saúde e à doença dos sujeitos, postas em evidência pelo Modelo Biopsicossocial, surge a Psicologia da Saúde com o objectivo de unir duas grandes áreas da ciência: o que é fundamentalmente biológico, que estava sobre o domínio da medicina e o especificamente psicológico, estudado pela psicologia (Ballester-Arnal, 1997; Branon & Feist, 2001, cit in Dresch, 2006). Assim, a Psicologia da Saúde surge na década de 70 do século XX, como resposta à falta que fazia uma intervenção reflectida e organizada sobre a doença física, uma vez que, até aqui, o objecto privilegiado eram as doenças mentais (Pais Ribeiro, 2005). Este ramo da psicologia dá ênfase ao papel desempenhado pelos factores psicológicos nas causas, progressão e consequências da saúde e da doença (Ogden, 2004). Assim, procura estudar, compreender e predizer os factores psicológicos que desempenham um papel na aparição das doenças, que podem acelerar ou retardar a sua evolução (Dresch, 2006).

Desta forma, com o Modelo Biopsicossocial e com a Psicologia da Saúde, os factores psicológicos e sociais ganham um novo dinamismo no que concerne à sua relação com a saúde e com a doença. O termo psicossocial tem sido utilizado para referir uma grande variedade de factores psicológicos e sociais que se relacionam com a saúde e a doença (Binik, 1985, cit in Martins, 2004). Considera Binik (1985) que não existe termo mais apropriado para descrever as características da pessoa, nomeadamente traços de personalidade, mecanismos de defesa, estados emocionais e cognitivos, e os factores sócio-ambientais (e.g. as situações indutoras de stress). No entanto, apesar de salientarmos a importância das dimensões psicossociais do indivíduo, na sua relação com a saúde e com a doença, não podemos, contudo, descurar a sua vertente biológica, uma vez que os factores psicossociais podem interagir com a dimensão biológica e contribuir para o desenvolvimento de comportamentos inadequados e, consequentemente, para o desenvolvimento de doença (Martins, 2004).

Sumariamente, neste capítulo foram abordados os conceitos de saúde e doença, bem como a visão dos mesmos na perspectiva dos Modelos Biomédico e Biopsicossocial. Foi ainda reconhecida a importância dos factores psicossociais na saúde e na doença, destacando-se a personalidade enquanto factor psicossocial com influência na saúde do indivíduo. No entanto, não se pode descurar a importância de outros factores que interferem na saúde e doença dos sujeitos.

Os padrões de saúde e doença variam não só em diferentes sociedades, mas no interior de uma mesma sociedade, a depender da posição socioeconómica e da subcultura de quem os concebe: medico, doente, por exemplo. A saúde é vista como um papel social e como resultado de um processo quotidiano de construção de respostas sociais. Desta forma, a saúde é uma questão pessoal (psicológica), cultural, social e politica (Ávila & Almeida Filho, 2002). Alguns estudos demonstram que os comportamentos e as respostas do indivíduo ao ambiente parecem relacionar-se com o risco da doença, mas estão inseridos num contexto social (Martins, 2004). As pessoas sentem saúde e doença de diferentes maneiras e graus como indivíduos e nas diferentes culturas (Savastano, 1980).

Os factores de risco e de prognóstico para os aspectos somáticos (estado de saúde, doenças, recaídas, etc.) e para os aspectos emocionais (bem-estar, qualidade de vida, etc.) são, pelo menos em parte, influenciados pelos factores psicossociais que combinam um papel de antecedentes (redes de apoio social, acontecimentos de vida stresssantes, etc.), bem como de moderadores ou mediadores (transacções entre o sujeito e o meio, coping, etc.) (Dresch, 2006).

No próximo capítulo, discutiremos a influência da personalidade na doença física, em que se abordará a relação da personalidade com a doença física, os modelos que relacionam a personalidade com estas doenças, bem como o papel da personalidade na origem e no *coping* relativamente à doença. Serão ainda abordados os diferentes tipos de personalidade, principalmente a sua relação com as doenças cardiovasculares e com o cancro.

CAPÍTULO III – A PERSONALIDADE NO DESENVOLVIMENTO E PROGNÓSTICO DA DOENÇA FÍSICA

"Depois de tantas andanças, de tanto sofrimento, de tanto estudo, o coração umbilical continuava ligado à matriz. Tinha, realmente, uma paisagem, um meio, um sítio geográfico vital gravado nos cromossomas!

O corpo podia correr todos os caminhos do mundo, e o espírito voar em todas as direcções. Aonde chegassem, denunciariam sempre a marca da origem, a singularidade inconfundível, espécie de sabor à terra de proveniência, como o dos frutos."

Miguel Torga (1984).

Os factores psicológicos desempenham um papel significativo no aparecimento da doença (e.g. crenças de saúde, comportamentos de saúde, personalidade e mecanismos de coping), bem como na sua evolução e prognóstico (Ogden, 2004). Doenças como as doenças cardiovasculares e o cancro ilustram o papel da personalidade na origem e progressão da doença. Assim, ao longo deste capítulo serão abordadas particularmente a personalidade Tipo A e a sua relação com as doenças cardiovasculares, e a personalidade Tipo C, mais relacionada com o cancro, uma vez que são os dois tipos mais referenciados na literatura e que apresentam mais provas empíricas relativamente à relação entre personalidade e doença física.

Este capítulo inicia com uma abordagem à relação entre personalidade e doença física, sendo abordados os Modelos Teóricos que as relacionam. Será ainda abordado o papel da personalidade na origem e no *coping* com a doença. Posteriormente serão descritos os diferentes tipos de Personalidade, e por fim, será caracterizada mais especificamente a relação entre a personalidade tipo A e as doenças cardiovasculares, bem como a relação entre a personalidade tipo C e o Cancro.

1. Personalidade e Doença Física

A noção de que a personalidade está relacionada com a doença data da antiga Grécia. Os gregos acreditavam que a saúde física e mental era directamente afectada pelos "humores" corporais (Friedman, 1990, cit in Gatt, 2005). Contudo, a primeira hipótese científica de que se tem conhecimento, surgiu apenas no séc. XX. Esta hipótese, formulada por Dunbar em 1943, propõe que existe uma relação entre personalidade, saúde e doença (Dresch, 2006). Partindo dos descobrimentos da psicossomática, Dunbar desenvolveu a noção de que as respostas habituais,

que as pessoas exibem como parte das suas próprias personalidades, estão relacionadas com doenças específicas (Dresch, 2006).

Vários modelos teóricos tentaram explicar o papel da personalidade na etiologia da doença (e.g. as doenças cardiovasculares e o cancro). Estes modelos teóricos, diferem sobretudo em termos dos tipos de mediadores da personalidade e doença propostos. Muitos destes modelos incluem o stress como um importante mediador da relação personalidade – doença. Enquanto que há uma proliferação de provas empíricas que sustentam o papel quer da personalidade (e.g. Friedman & Rosenman, 1974; Grossarth-Matieck, Eysenck & Vetter, 1998) quer do stress (e.g. McEwen & Stellar, 1993; Pike et al., 1997) na saúde, a influência da personalidade permanece um assunto ambíguo (Gatt, 2005).

Investigações recentes têm trazido resultados diversos no que concerne à possível ligação entre a personalidade e a doença, e provas de que os indivíduos possuidores de certos traços neuróticos da personalidade como a ansiedade, a angustia, o pessimismo, a hostilidade, a rigidez com intolerância e inflexibilidade, a insociabilidade, têm fortes probabilidades de adoecer com certa gravidade (e.g. Friedman e Rosenman, 1974). Esta ligação não se dá com nenhuma doença específica, mas com a falta de saúde em geral. No entanto, outros estudos demonstram ligações entre personalidade e doenças específicas (e.g. Doenças Cardiovasculares e Cancro) (Dias, 2004).

Encontramos na literatura três modelos que relacionam a personalidade com a doença: *Personality-induced Hyperreactivity Model; Constitucional Predisposition Model; Dangerous Behaviors Model* (Dresch, 2006). O modelo em que a personalidade induz a hiperreactividade (*Personality-induced Hyperreactivity Model)* postula que a personalidade tem um papel causal na etiologia da doença. Segundo este modelo, certas pessoas com um traço particular crónico e extremo, apresentam uma reactividade fisiológica exagerada perante o stress (Dresch, 2006). Uma das hipóteses mais conhecidas dentro deste modelo provém das pesquisas que tentam explicar a ligação entre o comportamento Tipo A (que exibem um grande aumento de tensão sanguínea, ritmo cardíaco e catecolaminas como resposta a situações stressantes) e as doenças coronárias, em comparação com o comportamento Tipo B (Contrada & Krantz, 1988; Friedman & Rosenman, 1974; Houston, 1983, cit in Gatt, 2005). O modelo da predisposição constitucional *(Constitucional Predisposition Model)* (Suls & Rittenhouse, 1990, cit in Gatt, 2005), menos estudado que os outros modelos referidos, postula que certas predisposições da personalidade podem ser indicadoras de uma estrutura adquirida de enfraquecimento no sistema orgânico e este enfraquecimento aumenta o risco de adoecer (Dresch, 2006). Por fim, de acordo com o Modelo de Comportamentos de Risco (*Dangerous Behaviors Model)* (Suls & Rittenhouse, 1990, cit in Gatt, 2005), certas predisposições pontuais fazem com que o indivíduo crie ou procure situações que provocam reactividade ou que não adopte condutas de saúde preventivas (e.g. fumar) (Dresch, 2006).

1.1. Papel da Personalidade na origem e no *coping* com a Doença

A personalidade não afecta a doença de forma directa, mas sim de forma indirecta, ou seja, compreendendo uma série de factores, entre os quais se encontram o stress percebido e o *coping* (Gatt, 2005). Assim, a personalidade surge, diversas vezes na literatura, associada ao stress no desenvolvimento da doença física. De facto, o stress percebido parece ser um factor vital na etiologia da doença, com os seus efeitos mediados por factores biológicos, psicológicos e comportamentais. Aqui, a personalidade desempenha, provavelmente, um importante papel (Gatt, 2005).

Os esforços despendidos pelos indivíduos para lidar com situações stressantes, têm constituído objecto de estudo da psicologia social, psicologia clínica e da personalidade, encontrando-se fortemente relacionado com o estudo das diferenças individuais (Antoniazzi et al, 1998). De facto, submetidas a uma mesma situação geradora de tensão, indivíduos distintos apresentarão também distintas respostas. A percepção de stress no sistema nervoso central gera uma resposta que depende das soluções individuais do sujeito. As limitações individuais condicionam o tipo de resposta às ameaças experimentadas (Santos, 2004). Para este processo de interpretação (*coping)*, contribuem vários factores individuais, entre os quais os traços individuais de personalidade, que afectam grandemente o impacto emocional que as ameaças têm no indivíduo. Daqui resultam vários níveis de relação com estados de doença em geral e de doença cardíaca em particular. Esta modulação do comportamento e das reacções em situações muito variadas pode ainda afectar a recuperação e o ajustamento social no período após a doença (Santos, 2004). Da mesma forma, a supressão da agressividade, a inibição da expressão de emoções com conotação negativa, a dificuldade em reconhecer experiências adversas e, mais genericamente, a expressão de níveis de stress desajustados, porque são demasiado baixos para o que seria esperado, provoca uma resposta cardiovascular maior ao stress mental, levando a respostas cardíacas anómalas como isquemia e arritmias (Santos, 2004).

A personalidade, surge também associada ao *coping* com a doença. A relação entre saúde física, saúde mental e *coping* é bastante abordada actualmente (Gómez-Fraguela, Luengo-Martín, Romero-Triñanes, Villar-Torres & Sobral- Fernández, 2006; cit in Tomaz, 2008). Assim, diferentes estudos comprovam que estratégias de *coping* desadaptadas podem contribuir para o desenvolvimento de doenças em geral, assim como para a manutenção destas (Jonge & Dormann, 2006; Schat, Kelloway & Desmarais, 2005, cit in Tomaz, 2008).

O *coping* é concebido como o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias adversas, e.g. doenças. (Antoniazzi et al, 1998), estando, recentemente, os pesquisadores voltados para o estudo das convergências entre *coping* e personalidade. Esta disposição tem sido provocada pelo corpo cumulativo de evidências que

indicam que factores situacionais não são capazes de explicar toda a variação nas estratégias de *coping* utilizadas pelos indivíduos (Antoniazzi et al, 1998). Assim, reconhece-se que o conhecimento das características da personalidade é fundamental para a compreensão da forma pela qual um indivíduo pode lidar com o stress psicológico desencadeado pelas manifestações de uma doença e seu tratamento (Ayache e Costa, 2005). De facto, as diferentes formas de aceitar e de lidar com um diagnóstico de doença grave, são influenciadas pelos diferentes estilos de personalidade (Patrão & Leal, 2004). Deste modo, o *coping* numa situação de doença, sob a influência do estilo de personalidade, pode ser um importante determinante do curso da doença e dos cuidados médicos recebidos (Holroyd & Lazarus, 1982, cit in Patrão & Leal, 2004).

1.2. Tipos de Personalidade e Doença

A literatura diferencia essencialmente quatro tipos de personalidade associados à doença física: a personalidade Tipo A, a personalidade Tipo B, a personalidade Tipo C e a personalidade Tipo D.

1.2.1. Personalidade Tipo A

A personalidade tipo A foi definida por Friedman e Rosenman, em 1974 (Ilić & Apostolović, 2002) e refere-se ao "padrão de comportamento de qualquer pessoa que se envolva numa luta incessante e agressiva para conseguir mais e mais em menos e menos tempo". Trata-se de um comportamento caracterizado por "níveis elevados de ambição, agressividade, hostilidade, competitividade e sentido de urgência" (Booth-Kewley & Friedman, 1987; cit. in Pais Ribeiro, 2005).

De acordo com os autores que definiram o conceito, este tipo de personalidade também denominado de padrão de comportamento Tipo A, relacionava-se com uma maior propensão para a cardiopatia isquémica (Dias, 2004). Na realidade, segundo os autores, a personalidade tipo A encontra-se intrinsecamente orientada pelo desejo de atingir um número cada vez maior de objectivos, num decurso de tempo cada vez menor. Segundo Dias (2004) o indivíduo tipo A nunca tem tempo suficiente, dado os desejos e 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 (Dias, 2004). Segundo Pais Ribeiro (2005) este padrão de comportamento predomina nos homens (Pais Ribeiro, 2005).

Existe, neste padrão comportamental, um estado de forte activação subjacente que impele o indivíduo a reagir de forma agressiva em resposta aos desafios do meio e que sustenta os

comportamentos específicos relacionados com o sentido exagerado de urgência temporal, a necessidade de controlo e a forte orientação para a realização pessoal e para o sucesso. A motivação intrínseca que envolve o indivíduo Tipo A numa luta persistente e competitiva contra as forças externas está directamente associada com a experiência e a expressão da hostilidade (Kewley & Friedman, 1987; Egeren, 1992, cit in Coelho e Gomes, 2003). A hostilidade corporiza, juntamente com a impaciência, a agressividade e o envolvimento profissional também designado como a "luta contínua", descrito em 1958 por dois cardiologistas (Meyer Friedman e Ray Rosenman) como o factor de risco independentemente da existência de doença coronária (Santos, 2004).

Tal como sublinha Consoli (1990; 1993, cit in Dias, 2004), o padrão de comportamento tipo A parece englobar pelo menos dois perfis distintos de valores preditivos opostos: o subgrupo *carismático,* testemunhando um dinamismo natural e de qualidades relacionais positivas, e 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.

Friedman e Rosenman (1959, cit in Ogden, 2004) usando uma entrevista semiestruturada, identificaram dois tipos de comportamentos Tipo A: o tipo A1 e o tipo A2. O tipo A1 reflectia vigor, energia, vigilância, confiança, falar alto, falar rápido, discurso tenso e entrecortado, impaciência, hostilidade, interrupções, uso frequente da palavra "nunca" e "absolutamente". O Tipo A2 foi definido como semelhante ao Tipo A1, mas não tão extremo.

1.2.2. Personalidade Tipo B

O Tipo B da personalidade é muito pouco referenciado na literatura surgindo apenas, por comparação ao Tipo A de personalidade. Contudo, apesar da escassez de informação acerca deste tipo de personalidade, sublinhamos o facto do indivíduo com personalidade Tipo B ter sido considerado relaxado, muito calmo e não mostrando interrupções (Rosenman, 1978, cit in Ogden, 2004).

1.2.3. Personalidade Tipo C

A personalidade Tipo C, ou tipo I, é um tipo de personalidade predisposto ao desenvolvimento de cancro e define-se como passiva, acomodada, desanimada, focada nos outros e sem expressão emocional (Patrão & Leal, 2004). Corresponde a um padrão de reacções ao stress, como a supressão das emoções (incapacidade para expressar as suas emoções), e a impotência – desespero (ceder facilmente), ter cognições depressivas como a crença na sua própria incapacidade de concretizar os seus objectivos (Grossart-Maticeck & Eysenck, 1990; cit in Dresch, 2006). A característica principal é o controlo da expressão das emoções negativas (ira,

ansiedade e depressão) no relacionamento com os outros e perante situações de conflito, com tendência para ser pouco assertivo, ter um estilo cooperativo/submisso, e baixo neuroticismo (Andreu, 2001, cit in Patrão & Leal, 2004).

São diversos os autores que associam este tipo de personalidade à doença oncológica. Vários autores indicaram o padrão de comportamento tipo C, como um dos factores com repercussões importantes no sistema imunitário, que por sua vez influenciam o aparecimento e evolução do cancro (Faragher & Cooper, 1997; Reynaert, Libert & Janne, 2000, cit. in Landeiro, 2001). Assim, o padrão de comportamento Tipo C, caracterizado por reprimir os sentimentos, com tendência a auto-prejudicar-se em função de um clima de harmonia e cooperação, é mais propenso às doenças cancerígenas (Reynaert, Libert & Janne, 2000, cit in Landeiro, 2001). A defensividade emocional, o fatalismo, a desesperança e a morbilidade psicológica estão relacionadas e são componentes importantes do padrão de comportamento Tipo C (Watson et al, 1991, cit in Landeiro 2001).

1.2.4. Personalidade Tipo D

Recentemente Denollet (1996, cit in Santos, 2004), verificou que, os indivíduos com personalidade tipo D reprimiam a expressão emocional, apesar de um sentimento permanente de preocupação, persistentemente infelizes ou com baixo limiar de irritabilidade. Os pacientes tipo D tendem simultaneamente a experienciar emoções negativas e a inibir a expressão de emoções na interacção social (Conraads et al., 2006).

Segundo Dresch (2006), o Tipo D de personalidade é um padrão que combina a afectividade negativa (a tendência para experienciar emoções negativas) e a inibição social (a tendência para inibir a expressão destas emoções na interacção social) associada a um aumento do risco de depressão, alienação social e mortalidade independentemente do risco biomédico estabelecido.

Este tipo personalidade é mais prevalente em pacientes coronários e em pacientes hipertensos, em comparação com a população em geral (Dresch, 2006). Contudo, Pedersen, Van Domburg, Theuns, Jordaens e Erdman (2004, cit in Dresch, 2006) propõem o tipo D de personalidade, não como um factor de risco etiológico para as doenças coronárias, mas sim como um factor de pior prognóstico em pacientes com doença coronária confirmada, além de moderador dos efeitos do tratamento médico nestes pacientes. De facto, os resultados dos estudos de Denollet (1996, cit in Santos, 2004), mostram que as características da personalidade Tipo D (e.g. a presença de depressão e de tensão crónica) aumentam 4,1 vezes a mortalidade, quer para as doenças cardíacas quer para as doenças não cardíacas. A personalidade Tipo D é, assim, predisponente quer para o stress emocional crónico quer para a doença cardíaca (Conraads et al, 2006).

1.3. Personalidade Tipo A e Doenças Cardiovasculares

As doenças cardiovasculares constituem um vasto grupo de patologias cujas maiores categorias são as doenças vasculares cerebrais e as doenças isquémicas do coração. Estas doenças são causadas pelo endurecimento das artérias (aterosclerose), estreitadas por depósitos gordos (Ogden, 2004), e podem colocar a vida dos pacientes em risco.

Como vimos, foi com base nos estudos de Friedman e Rosenman (1974), que foram identificados os traços constituintes que integram o padrão comportamental associado à manifestação da doença coronária, originalmente denominado pelos autores como Tipo A. Desde então, vários estudos epidemiológicos confirmam a relação positiva entre o padrão comportamental Tipo A e o risco subsequente de doença coronária, considerando este factor como uma variável independente cujo valor predictivo é comparável ao de outros indicadores, nomeadamente o tabagismo ou a hipertensão arterial. A consistência desta hipótese não é posta em causa, e em 1981 o padrão comportamental Tipo A é formalmente aceite como factor de risco da doença coronária pelo *National Heart Lung and Blood Institute* (Cardoso, 1984; Nunes, 1987, cit in Coelho e Gomes, 2003).

O comportamento Tipo A é provavelmente o factor de risco da doença coronária mais estudado. De facto, a maior parte dos estudos associam as doenças cardiovasculares ao padrão Tipo A (ou a alguns dos seus componentes) (e.g. Matthews, 1998; Dresch, 2006).

A hostilidade, como vimos anteriormente, é uma das componentes deste tipo de personalidade. Estudos angiográficos recentes confirmam a associação significativa entre as medidas de hostilidade e a extensão da doença coronária, justificando o mecanismo patofisiologico através da reactividade cardiovascular induzida pelo conflito comportamental (Rosenman, 1988; Dembroski, 1989, cit in Coelho e Gomes, 2003). Desta forma, parece haver consensualidade na ideia de que a hostilidade constitui a componente mais tóxica do padrão comportamental Tipo A (Spilberger et al, 1988; Dembroski & Costa, 1987; Pinkowish, 1998; Everson et al, 1997, cit in Coelho e Gomes, 2003). Esta evidência de que a hostilidade, enquanto traço de personalidade integrante do Tipo A, constitui o elemento mais tóxico no desenvolvimento da morbilidade cardiovascular, é uma ideia que está em consonância com a posição de outros autores (e.g. Everson et al, (1997); Spielberger & London (1982); Dembrosky & Costa (1987), cit in Coelho e Gomes, 2003). No entanto, Coelho e Gomes (2003) consideram que, para reflectir sobre esta predisposição, é necessário considerar a multidimensionalidade do constructo, focando especificamente as diferenças individuais que decorrem do estilo de expressão da hostilidade, assim como os diversos mecanismos fisiológicos e comportamentais envolvidos na etiopatogenia da doença coronária (Coelho e Gomes, 2003). Também Adler e Matthews (1994, cit in Pais Ribeiro, 2005) confirmaram que a hostilidade, mais do que o

comportamento tipo A, é preditora das doenças cardíacas coronárias, salientando, também, o facto das medidas deste construto necessitarem de ser aperfeiçoadas (Pais Ribeiro, 2005).

1.4. Personalidade Tipo C e Cancro

O cancro refere-se a inúmeras doenças que se caracterizam pelo crescimento incontrolável de células anormais (Pais Ribeiro, 2005). Apesar de se tratar de uma doença com uma grande componente genética e biológica (Nordin et al, 2002, cit in Maia e Correia, 2008), encontra-se frequentemente na literatura referência a diversas variáveis psicológicas envolvidas na etiologia da doença. De entre estas, destacamos a personalidade, que na origem e no prognóstico do cancro, surge frequentemente associada à depressão. Existem evidências que sugerem que os traços de personalidade, como a depressão estão associadas ao desenvolvimento de cancro (Persky et al., 1987, cit in Denollet, 1998) e à sua evolução (Bruchon-Schweitzer e Quintard, 2001). Estes últimos autores concluíram que certos antecedentes pessoais como uma personalidade depressiva e a tendência para reprimir as emoções negativas são associadas a uma evolução negativa do cancro. Uma explicação para esta associação é-nos dada por Eysenck (1991, cit in Gatt, 2005). O autor assinala que a personalidade e o stress percebido interagem produzindo sentimentos de desesperança e depressão, estados de ânimo estes que produzem alterações hormonais que levam à imunodeficiência e possível desenvolvimento de cancro.

É associada à sintomatologia depressiva que surge a associação entre Personalidade tipo C e Cancro. Tal como vimos anteriormente, este tipo de personalidade é caracterizado pela desesperança e cognições depressivas, e tal como temos vindo a ver, os sintomas depressivos parecem associar-se ao desenvolvimento de cancro pelas implicações que acarretam no sistema imunitário (Faragher & Cooper, 1997; Reynaert, Libert & Janne, 2000, cit. in Landeiro, 2001). Assim, o cancro é relacionado com o padrão de personalidade Tipo C ou Tipo I (Dresch, 2006), sendo que, indivíduos com personalidade Tipo C têm maior probabilidade de sofrer de cancro (Temoshok & Fox ,1984; cit in Pais Ribeiro, 2005).

O impacto psicológico do cancro é influenciado pelas características de personalidade do indivíduo, as quais afectam também o prognóstico destes indivíduos. As investigações levadas a cabo com pacientes de cancro, englobam as estratégias de *coping* especificas postas em evidência nestes sujeitos, que têm um impacto desfavorável sobre o estado somático e emocional dos pacientes. A impotência característica destes doentes, que pode ser associada à personalidade tipo C, parece revelar-se particularmente nociva, estando associada a uma evolução desfavorável da doença, como por exemplo, recaídas e menor tempo de sobrevivência sem recaídas (Bruchon-Schweitzer & Quintard, 2001; Bruchon-Schweitzer, 2002, cit in Dresch, 2006).

Em síntese, verificámos que os diferentes tipos de personalidade para além de terem características próprias/específicas, têm também formas particulares de reagir ao stress, e consequentemente ao diagnóstico de uma doença grave. Verificou-se também a existência de uma relação entre a personalidade e a doença física, particularmente entre personalidade e as doenças cardiovasculares e o cancro. Pôde verificar-se que, de facto, existem diversas evidências de que o tipo de personalidade do indivíduo pode influenciar o desenvolvimento e o curso destas doenças. Assim verifica-se que, diferentes padrões específicos de personalidade parecem associar-se a determinadas doenças, como o Tipo A às doenças cardiovasculares e o Tipo C às neoplasias.

A personalidade abrange as características individuais dos sujeitos, sendo parte de uma rede que recebe e produz influência sobre as características contextuais (e.g. acontecimentos de vida, redes sociais, nível socioeconómico), a qual produz influências no stress percebido e gera uma activação fisiológica, que por sua vez influenciará o desenvolvimento de estratégias de confronto (coping). Este complexo processo redundará no estado de saúde do sujeito, tanto no que se refere aos aspectos mais somáticos como aos mais emocionais (Dresch, 2006).

CONCLUSÃO

Ao longo do estudo foram tiradas diversas conclusões parciais que passaremos a apontar. Pôde verificar-se que, de facto, existem diversas evidências de que o tipo de personalidade influencia o curso e desenvolvimento da doença física, bem como que os diferentes tipos de personalidade para além de terem características próprias/especificas, têm também formas particulares de reagir ao stress, e consequentemente ao diagnóstico de uma doença grave.

Não parece que diferentes doenças (cardiovasculares, cancro, etc.) estejam associadas a um traço de personalidade específico (Friedman & Booth-Kewley, 1987, cit in Dresch, 2006). Não obstante, é bastante concebível que os estudos sobre personalidade – doença possam ser integrados num modelo unificado de personalidade e doença. Infelizmente, a maioria das pesquisas tende a focar-se apenas num ou noutro componente (Elliot & Eisdorfer, 1982, cit in Gatt, 2005). A identificação do papel da personalidade é vital para auxiliar os sujeitos na prevenção da doença, assumindo que alguns traços de personalidade podem ser aprendidos, como sugerem as investigações de Smith & McGonigle (1991, cit in Gatt, 2005).

Conclui-se que de facto há certos tipos de personalidade associados a uma maior prevalência das doenças físicas. No que respeita às doenças Cardiovasculares, relaciona-se com o padrão de comportamento Tipo A. Relativamente ao cancro, este encontra-se relacionado com o Tipo C. No entanto, verifica-se também que outros tipos de personalidade podem agravar o seu prognóstico, tal como se evidência relativamente ao padrão de comportamento Tipo D e doenças cardíacas.

"Personalidade: Etiologia e progressão da doença física" é um tema bastante controverso, como fomos verificando no decorrer desta investigação, uma vez que não existe consenso na literatura sobre a influência da personalidade na doença física. No entanto, parece-nos que, considerando a etiologia e progressão da doença física, para uma melhor compreensão destas influências, é importante ter em conta diversos factores que influenciam quer a saúde dos sujeitos (comportamentos de risco, etc.), quer a sua personalidade (genética, meio, etc.).

Apesar das dificuldades que foram surgindo com o decorrer deste estudo de revisão bibliográfica, das quais podemos salientar o número limitado de páginas para um estudo tão amplo e abrangente, consideramos que os objectivos propostos inicialmente foram atingidos, uma vez que, apesar de não ser possível superar a controvérsia existente em torno deste tema, conseguimos comprovar que a personalidade tem de facto um papel preponderante na etiologia e progressão da doença física. No entanto, salientamos como maior limitação deste estudo, o facto de não ter abordado factores tão importantes para o assunto em questão, tais como diferenças de género, idade, situação laboral e locus de controlo. Assim, futuramente, propomos um estudo

mais amplo que aprofunde mais os restantes factores que influenciam a personalidade, a saúde e a doença.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alchieri, J. C., et al. (2005). Avaliação de estilos de personalidade segundo a proposta de Theodore Millon. *Revista psico, 36 (2)*: 175-179.

Alves, P. (1997). A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. *Psicologia reflexão e crítica*, 10 (2).

Andrade, M. P. (s.d.). *Pensar e agir: As doenças genéticas e o diagnóstico pré-natal.* Coimbra: Quarteto.

Antoniazzi, A., et al. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de psicologia*, 3 (2): 273-294.

Autiquet, M. (1998) *A psicanálise.* Lisboa: Instituto Piaget. (Tradução do original em língua francesa *La Psychanalyse.* Flammarion: Colection Dominós, 1998).

Ayache, D., & Costa, I. (2005). Alterações da personalidade no lúpus eritmatoso sistémico. *Revista Brás Reumatol, 45 (5):* 313-318.

Barker, R. A., Barasi, S., & Neal, M. J. (s.d.). *Compêndio de neurociências*. Lisboa: Instituto Piaget.

Bergeret, J. (1996). *A personalidade normal e patológica*. Lisboa: Climepsi Editores. (Tradução do original em língua *francesa La personalité normale et pathologique*. Paris: Dunod.)

Bozarth, J. (2002). *Terapia Centrada na Pessoa: Um Paradigma Revolucionário.* Lisboa: Ediual.

Caprara, A. (2003). Uma abordagem hermenêutica da relação saúde doença. *Cadernos de saúde pública,* 19 (4): 923-931.

Coelho, M., Filho, N. (2002). Conceitos de saúde em discursos contemporâneos de referência cientifica. *História, ciências, saúde - manguinhos,* 9 (2): 315- 333.

Coelho, M. (s.d.). Teoria da personalidade. *Revista Psiquiatria geral* (in Epilepsia e Personalidade).

Conraads, V., et al. (2006). *Type D personality is associated with increased levels of tumour necrosis factor (TNF)-a and TNF-a receptors in chronic heart failure.* International Journal of Cardiology, *n.º 113,* pp. 34 – 38.

Dausset, J. (1998) *O selo da individualidade: A grande Aventura do HLA*. Lisboa: Instituto Piaget.

Denollet, J. (1998). Personality and risk of cancer in men with coronary heart disease. *Psychological medicine, 28, (4):* 991-995.

Dias, A. M. (2004). Personalidade e coronariopatia. *Millenium -Revista do ISPV, nº30.* pp. 191 - 201.

Dresch, V. (2006). *Relaciones entre personalidad y salud física-psicológica: diferencias según sexo-género, situación laboral y cultura-nación*. Madrid.

Eysenck, H. J., & Wilson, G. D. (1976) *Manual de Psicologia Humana.* Coimbra: Almedina. (Tradução do original em língua inglesa *A textbook of Human Psychology*, 1st edition,. England: Lancaster).

Frankl, V. (1992). *El Hombre en busca de sentido.* Barcelona: Herder.

Gatt, J. (2005). *An Evaluation of a Predictive Personality Measure, the Mediating Mechanisms of the Personality-Disease Link and a Preventative Intervention.* Thesis submitted for the degree of Doctor of Philosophy at the University Of Sydney School Of Psychology.

Gleitman, H., Fridlund, A., & Reisberg, D. (2003). *Psicologia.* Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Gomes, M. (2003). Expressão de hostilidade e factores comportamentais associados à doença cardíaca coronária. *Revista Portuguesa de Psicossomática,* 5 (2): 105-116.

Gonzales, B., & Ribeiro, J. P. (2004). Comportamentos de saúde e dimensões de personalidade em jovens estudantes universitárias. *Psicologia saúde e doenças, 5 (1)*: 107-127.

Habib, M. (2000). *Bases Neurológicas dos Comportamentos*. Lisboa: Climepsi Editores.

Hall, C. S., Lindzey, G., & Campbell, J. B. (2000). *Teorias da Personalidade.* 4ªed. Porto Alegre: Artmed.

Ilić, S., Apostolović, S. (2002). Psychological aspects of cardiovascular diseases. *Facta Universitatis Series: Medicine and Biology Vol.9, Nº 2*, pp. 138 – 141.

Ito, P., Guzzo, R. (2002). Temperamento: Características e Determinação Genética. *Psicologia: Reflexão e Crítica. 15 (2):* 425-436.

Jeannerod, M. (2002). *A natureza da Mente.* Lisboa: Instituto Piaget. Colecção Epigénese, Desenvolvimento e Psicologia; nº80. (Tradução da língua francesa *La Nature De L'Espirit.* Odile Jacob, 2002).

John, O. (1999). *The Big-Five Trait Taxonomy: History, Measurement, and Theoretical Perspectives.* University of Califórnia. Berkeley.

José, H. M. (2005). Humor: Que papel na saúde?. *Revista pensar enfermagem da Universidade de Lisboa, 10 (2): 2-18.*

Landeiro, E. (2001). Abordagem da doença oncológica: estudo de variáveis psicológicas. [referencia de 15 de Novembro de 2008]. Disponível na internet em: www.psicologia.com.pt

Lima, M., & Simões, A. (2000). A teoria dos cinco factores: uma proposta inovadora ou apenas uma boa arrumação do caleidoscópio personológico?. *Revista: analise psicológica*, *2 (XVIII):* 171-179

Lopes, R. G. (2005). *Psicologia da pessoa e Elucidação Psicopatológica*. Higiomed Edições.

Maia, A. (2002). Emoções e sistema imunológico: um olhar sobre a psiconeuroimunologia. *Revista Psicologia: Teoria, investigação e prática, 7 (2).*

Maia, L., & Correia, C. (2008). Consequências psicológicas, estratégias de coping e intervenção na doença oncológica: uma revisão da literatura para aplicação prática. [referencia de 15 de Novembro de 2008]. Disponível na internet em: www.psicologia.com.pt

Matos, A. (2002). Estudo de alguns factores psicológicos na doença coronária. *Revista Psicologia: Teoria, investigação e prática, 7, (2).*

Marcelino, D., & Figueiras, M. J. (2007). A perturbação de stress pós-traumático nos socorristas de emergência pré-hospitalar: influencia do sentido interno de coerência e da personalidade. *Revista Psicologia saúde e doenças*, *8 (1)*: 95-106.

Marques, A., et al. (1991). *Reacções emocionais à doença grave: como lidar….* Coimbra: Edição Psiquiatria Clínica.

Martins, M. (2004). Factores de risco psicossociais para a saúde mental. *Millenium- revista do ISPV,* nº. 29.

McMartin, J. (1995). *Personality Psychology: a student-centered approach*. Sage publications.

Nunes, C., & Hutz, C. (2006). Construção e validação de uma escala de extroversão no modelo dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade. *Psico-USF, 11 (2): 147-155.*

Oatley, K., & Jenkins, J. M. (2002). *Compreender as Emoções*. Lisboa: Instituto Piaget.

Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde.* Lisboa: Climepsi Editores.

Paim, C. (2002). Peculiaridades tipológicas do sistema nervoso e traços de personalidade. *Revista Digital, Buenos Aires, nº53.*

Paim, C., et al. (2008). Temperamento e traços de personalidade: uma abordagem histórica. *Revista digital, Buenos Aires, 13 (124).*

Pais Ribeiro, J. (2005). *Introdução à Psicologia da Saúde.* Coimbra: Quarteto.

Patrão, I., & Leal, I. (2004). Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Revista Psicologia saúde e doenças, 5 (1)*: 53-73.

Pereira, A.M. (2006). *Stresse e doenças: Contributos da Psicologia da Saúde na última década.* Isabel Leal (Eds) Perspectivas em Psicologia da Saúde, Quarteto Editora, pp.145-167.

Pereira, M. G. (2002). A perspectiva Biopsicossocial na avaliação em psicologia da saúde: modelo interdependente. *Revista Psicologia: Teoria, investigação e prática, 7 (2).*

Pereira, M. G., Silva, S. (2002). Atribuição de sintomas, comportamentos de saúde e adesão em utentes de Centro de Saúde da Zona Norte. *Análise Psicológica, 1 (XX): 35-43.*

Pimenta, C. A., et al. (2004). Coping no doente com dor crónica. *Revista Prática Hospitalar, ano VI, nº 35.*

Reis, F. (2002). Ajustamento psicossocial em adultos com artrite reumatóide. *Revista Psicologia: Teoria, investigação e prática, 7 (2).*

Reis, J. (1999). Modelo metateórico da Psicologia da Saúde para o séc. XXI: Interacção ou integração biopsicossocial?. *Análise Psicológica, 3 (XVII): 415-433.*

Rogers, C., Wallen, J. (2000). *Manual de Couselling.* Lisboa: Encontro – Colecção Psicologia e Existência.

Rosmaninho, I., et al. (2003). Dermatose Neuropsicogenetica: Caso clínico. *Revista Portuguesa de Psicossomática. Porto, 5 (1):* 101-104.

Santos, F. R. (2004). Problemas psicossociais no Doente cardíaco. O papel da reabilitação cardíaca. *Revista Portuguesa de Psicossomática, Porto, 6 (1): 37-42.*

Savastano, H. (1980). Abordagem do binómio saúde-doença e do conceito de personalidade no ecossistema: Implicações em saúde pública. *Revista Saúde Pública. S. Paulo, n.º14.* pp. 42-137.

Schaller, M., & Murray, D. (2008). Pathogens, personality, and culture: disease prevalence predicts worldwide variability in sociosexuality, extraversion, and opness to experience. *Journal of personality and social psychology*, 95 (1):212-221.

Segre, M. (1997). O conceito de saúde. *Revista de saúde pública,* 31 (5): 538-542.

Shields (1976). In *Manual de Psicologia Humana.* Coimbra: Almedina. (Tradução do original em língua inglesa *A textbook of Human Psychology*, 1st edition,. England: Lancaster).

Silva, R., et al. (2007). Replicabilidade do modelo dos cinco grandes factores em medidas de personalidade. *Revista mosaico, l7 (1):* 37-49.

Sisto, F. (2004). Traços de personalidade de crianças e emoções: evidências de validade. *Padéia (Ribeirão Preto),* 14 (29): 359-369.

Symington, N. (1999). *A Experiência Analítica.* Lisboa: Climepsi Editores.

Tavares, J., Trad, L. (2008). *Famílias de mulheres com câncer de mama: desafios associados com o cuidado e os fatores de enfrentamento*. Interface – Comunic., Saúde, Educ.,. ISSN 1414-3283.

Thomas, C. V., & Alchieri, J. C. (2005). Qualidade de vida, depressão e características de personalidade em pacientes submetidos à Hemodiálise. *Avaliação Psicológica, 4 (1):* 57-64.

Tomaz, R. (2008). *Personalidade e Coping em Pacientes Diagnosticados com Transtornos Alimentares e Obesidade.* Universidade Católica de Goiás.

Veríssimo, R. (2005). *Inteligência emocional, apoio social e regulação afectiva. Acta Med Port. Porto, n.º18,* pp.345-352.

Wrightsman, L. S. (1994). *Adult Personality Development: theories and concepts*. Vol. 1. Sage Publications.

Wrightsman, L. S. (1994). *Adult Personality Development: Applications*. Vol. 2. Sage Publications.