

Questionário de despistagem de factores comportamentais ligados ao risco de enfarte do miocárdio

ELIZABETH SOUSA (*)
JOSÉ MACHADO NUNES (**)

AGRADECIMENTOS

Os autores agradecem aos Professores Rimé e Sales Luis, aos Drs. Flahaut e Parmentier as discussões enriquecedoras e o apoio tidos ao longo desta investigação.

RESUMO

O presente trabalho é fruto de uma colaboração entre a Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Egas Moniz e a Unidade de Psicologia Experimental e Social da Universidade Católica de Lovaina.

Pretende-se testar a validade discriminativa de um questionário de despistagem dos factores comportamentais ligados ao risco de enfarte. O estudo foi realizado junto de uma população portuguesa, tendo sido entrevistados um grupo de indivíduos com enfarte e um grupo de indivíduos saudáveis. Os resultados apontam para uma discriminação dos indivíduos em função de um conjunto de características ligadas à passividade

e dependência situacional. Os resultados são discutidos em termos do interesse do instrumento, numa perspectiva de prevenção.

INTRODUÇÃO

Inúmeros estudos têm fornecido dados empíricos no sentido da existência de uma configuração psicológica específica às coronariopatias (Dunbar, 1943; Friedman e Rosenman, 1959, 1960; Rosenman e Friedman, 1961, 1963; Rimé e Bonami, 1972, 1979; Matthews, 1982). Em termos genéricos, estes estudos assumem uma causalidade pessoal através do conceito de *personalidade*, ou uma causalidade mista, referindo-se neste caso ao conceito de *proneness*, termo que envolveria factores pessoais e situacionais capazes de eliciar um determinado comportamento psicossomático.

1. A disposição para o acidente coronário

Sofrendo a influência da corrente dos traços em psicologia, florescente dos anos 30 aos anos 60, vários investigadores procuram obter dados sobre a personalidade do coronário (cfr. Menninger e Menninger, 1936;

(*) Unité de Psychologie Expérimentale et Sociale — Université Catholique de Louvain.

(**) Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental — Faculdade de Ciências Médicas de Lisboa.

Dunbar, 1943, Arlow, 1945; Cady e colaboradores, 1961 entre outros). A hipótese é que ao enfarte do miocárdio corresponde uma matriz psicológica específica. Nesta perspectiva, certos indivíduos serão mais predispostos para o acidente cardíaco que outros que o sofrerão raramente. As observações clínicas permitem formulação de hipóteses heurísticas. Sugere-se que o ponto de partida do acidente coronário por enfarte é uma relação conflitual com a figura paterna, fonte de ansiedade infantil extrema, não ultrapassada. Haverá assim um foco de *stress* interno numa personalidade socializada, conduzindo a uma inconsistência entre as manifestações «adultas», socialmente desejáveis e vivências mais enraizadas, de carácter regressivo. Estes indivíduos, incertos quanto ao seu valor próprio, tentarão apresentar-se no dia a dia de forma socialmente desejável, apresentando tendências compulsivas para a perfeição, para a competição, escolhendo objectivos difíceis de atingir (donde frustrações subsequentes).

No entanto, a linguagem utilizada é de difícil operacionalização, e os resultados da abordagem psicométrica inconclusivos. Com efeito, chega-se a resultados contraditórios com um mesmo instrumento de medida (cfr. Bakker e Levenson, 1967, Caffrey, 1968, 1969; Ostfeld, Lebovits, Shekelle e Paul, 1964 no que diz respeito ao 16 PF, e Ostfeld, Lebovits, Shekelle e Paul, 1964; Bruhn, Chandler e Kolf, 1969; Brozek, Keys e Blackburn, 1965 relativamente ao MMPI). Esta situação levou ao abandono progressivo desta via de estudo.

2. O padrão de comportamento A

A importância dos factores psicológicos na etiologia do enfarte do miocárdio é finalmente estabelecida pelos trabalhos de Rosenman e Friedman (Friedman e Rosenman, 1959, 1960; Friedman, Brown e Rosenman, 1969; Rosenman e Friedman, 1961,

1963; Rosenman, Friedman e Straus, 1966, 1970) sobre o padrão de comportamento tipo A.

Este estilo comportamental, caracterizado por um espírito de competição exagerado (Rimé e Bonami, 1976; Matthews, 1982), um alto investimento na vida profissional (Sherwitz, Berton e colaboradores, 1978), um esforço constante e elevado para o controlo das situações (Glass, 1977; Brunson e Matthews, 1981), por uma reactividade face a situações sentidas como ameaçadoras (Carver, 1980), uma necessidade exacerbada de reconhecimento social (Rimé e Bonami, 1972; Matthews, 1982), mostra-se em estreita associação com a emergência do enfarte. Tais características manifestar-se-ão através de factores como a hostilidade generalizada, uma tendência quase compulsiva para ultrapassar com sucesso situações percebidas como ameaçadoras (Rosenman, 1978), (determinadas mais pelo medo do fracasso que pela motivação para o sucesso — Gastorf e Teevan, 1980), e um sentimento constante da urgência do tempo (Rosenman, 1978). Os estudos longitudinais mostram que o tipo A constitui um dos factores primordiais do risco de enfarte do miocárdio, dado que o seu valor preditivo ultrapassa largamente o de outros factores já anteriormente conhecidos como o tabagismo, a hereditariedade e a sedentariedade (Jenkins, 1971a, 1971b).

Estes trabalhos, nascidos da prática médica, passam a fazer parte da preocupação dos psicólogos. Com efeito, nos últimos anos a psicologia social e experimental nos Estados Unidos da América tem-se centrado nesta questão, procurando averiguar dos factores pessoais e situacionais determinantes da emergência das manifestações comportamentais do tipo A. Na Europa, o interesse pela questão assume uma dimensão reduzida.

No prolongamento destas «démarches» desenham-se as aplicações futuras: despistagem e intervenção preventiva. Alguns as-

pectos merecem, no entanto, ser tomados em consideração. Ao analisar os trabalhos da linha de Rosenman e Friedman, deparamo-nos com alguns problemas. Com efeito, a despistagem deveria consistir na detecção, na população, dos indivíduos caracterizados por este estilo comportamental. No entanto, este conceito revela-se de interesse reduzido quando, segundo os dados do próprio Rosenman (Chesney, Black, Chadwick e Rosenman, 1981), ele discrimina como estando em risco cerca de 50% dos indivíduos da classe média. Esse facto seria apenas preocupante se não fosse o número considerável de acidentes deste tipo detectados em indivíduos não considerados em situação de risco segundo estes parâmetros, apontando para a necessidade de estudos focalizados noutra tipo de parâmetros.

3. *O padrão de comportamento do tipo Z*

Rimé e Bonami (1972; 1979), no decurso dos seus trabalhos neste domínio, desenvolvem uma técnica de questionário que evidencia um outro conjunto de características psicológicas estreitamente associadas ao enfarte do miocárdio. Estas características são praticamente opostas às do tipo A, posto que comportam aspectos de passividade, dependência e impulsividade, vindo sustentar a teoria psicodinâmica de Arlow (1945). Os dados apontam para o carácter periférico destas tendências. Neste sentido, as características do tipo A serão centrais, manifestando-se de forma aberta no dia-a-dia. Os dados sugerem a importância da coexistência destes dois tipos de características, factor principal de risco de enfarte no que diz respeito à matriz processual psicológica. Uma das potencialidades desta abordagem é a da possibilidade de melhorar o nível de precisão da definição de risco de enfarte do miocárdio, e assim facilitar os trabalhos de despistagem.

3.1. *O questionário de despistagem de factores comportamentais ligados ao risco de enfarte*

Procedendo a uma revisão da literatura sobre as estruturas comportamentais e perfis de personalidade associados ao enfarte, Rimé e Bonami (1975) concluem do interesse de considerar outros instrumentos de medida, para além das técnicas da abordagem diferencial. Com efeito, sugerem os autores, é possível que as diferenças entre os indivíduos coronários e os saudáveis não sejam captadas à luz das técnicas da abordagem diferencial, focalizada nas variáveis bipolares. Na medida em que um conflito de tendências exista, ela mostra-se incapaz de o revelar. Por outro lado, estes instrumentos de medida possibilitam o controlo da imagem dada aos outros, dada a grande transparência dos items. Será, então, importante desenvolver um instrumento que leve em conta este aspecto. O raciocínio dos autores é o seguinte: estes indivíduos serão caracterizados por certas características comportamentais, reminiscentes de fases anteriores do desenvolvimento infantil. Tratar-se-á de indivíduos que investem em lugares e espaços fechados e acolhedores, nos objectos maternos e meigos, com tendência a descargas emocionais e à satisfação imediata, investindo, por outro lado, na inatividade, no repouso e no sono. A teoria da personalidade de Murray (1938) sustém o raciocínio. Com efeito, Murray sugere a existência de um perfil psicológico em certos indivíduos (a que ele chamou de complexo claustral), caracterizado pela dependência, passividade, reclusão e impulsividade. No entanto, estes indivíduos esforçar-se-ão por corresponder às expectativas baseadas na categoria de pertença sexual. Com base nestas premissas, Rimé e Bonami constroem um questionário. Trata-se de um questionário composto de 6 escalas: dependência relacional, dependência situacional, passividade, reclusão, impulsividade e um conjunto

de itens suplementares pertinentes para outros aspectos da vida do indivíduo (atitudes e sentimentos face ao trabalho e à actividade, e mecanismos de protecção e defesa do ego). Foram considerados três tipos de formulação dos itens: um conjunto de itens de grande transparência de significação, nos quais o indivíduo pode controlar a descrição que está a dar de si próprio — itens do tipo I (derivados da teorização de Murray); um conjunto de itens ligados a preferências e gostos dos indivíduos (baseados no Inventário Dinâmico de Personalidade de Grygier, 1961) — itens do tipo II; e um conjunto de itens que dizem respeito a aspirações, desejos sentidos de forma muito intensa em certas ocasiões — itens do tipo III.

Este questionário na sua versão actual comporta 62 itens relativos ao modo característico de resposta dos indivíduos a certas situações, à sua maneira de ser, e pertinentes para os factores de dependência relacional e situacional e de passividade. Estes factores emergem dos estudos factoriais duma versão anterior que comportava 244 itens (cfr. Rimé e Bonami, 1979), versão baseada exclusivamente em premissas de ordem teórica. A confrontação da lógica teórica com a factorial conduziu a uma reestruturação dos itens em torno dos agrupamentos de dependência relacional, dependência situacional e passividade. A versão actual comporta ainda 3 itens 'ruído' (os dois primeiros e o último do questionário). Foi possível, a partir desta reestruturação, derivar um índice de risco de enfarte. Este índice é calculado em função dos pesos relativos de cada item para uma população belga, tendo alguns dos itens dos três agrupamentos pesos substanciais (itens 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14 da escala de dependência relacional, os itens 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 da escala de dependência situacional e os itens 32, 35, 36, 37, 38, 39 da escala de passividade). O perfil de resposta aos 62 itens é compa-

rado ao perfil teórico derivado a partir de uma série de análises da função discriminante. É, então, considerada a probabilidade de que o padrão de respostas dado seja classificável num dos decis de risco.

4. Para além do interesse próprio do conceito de tendência para o acidente coronário, razões metodológicas e teóricas incitaram-nos a tentar pôr à disposição dos investidores de língua portuguesa o questionário de Rimé (1983), paralelamente ao possível contributo para o preenchimento de uma lacuna — a falta de instrumentos correctamente adaptados para a população portuguesa. Este trabalho constitui uma etapa preliminar de tal tarefa. Trata-se aqui de analisar a validade discriminativa deste instrumento de trabalho na população portuguesa. Os resultados deste estudo permitirão a comparação com os resultados obtidos na Bélgica, numa população de características semelhantes. O objectivo último é, finalmente, o de aperfeiçoar um instrumento comum de investigação comportando os dois tipos de critérios (A e Z) e capaz de discriminar os indivíduos em risco, independentemente de factores interferentes e localizados, como os aspectos decorrentes da nacionalidade, do nível sócio-profissional e cultural, não directamente implicados no risco de enfarte do miocárdio.

Uma tradução portuguesa do questionário original foi efectuada em colaboração com Marques e Monteiro (1938). O quadro 1 apresenta os itens desta tradução agrupados por escalas. Cada item é acompanhado de uma escala de 1 (totalmente falso) a 7 (totalmente verdadeiro), e para a qual o sujeito é convidado a assinalar com uma cruz a posição que mais se aproxima da sua maneira de ser, dos seus hábitos e gostos. A pontuação de cada indivíduo é então convertida no 'score' de risco de enfarte. A ordem de apresentação dos itens da versão portuguesa respeita a da versão francesa.

QUADRO 1

Lista e identificação dos 62 itens seleccionados ($p < 0.01$) para a versão actual do questionário

N. item	Identificação do item	Conteúdo
<i>Dependência Relacional (DER)</i>		
1DER	tipo I dependência	Em geral, quando estou num grupo de pessoas prefiro que sejam os outros a decidir.
2DER	tipo I dependência	Prefiro receber ordens dum superior a ter de tomar iniciativas por mim próprio.
3DER	tipo 1 autonomia	Sigo o meu próprio caminho sem ligar à opinião dos outros.
4DER	tipo 1 autonomia	Não gosto de ter que respeitar as regras sociais.
5DER	tipo 2 depend. relacion.	Gosto de visitar pessoas da minha família.
6DER	tipo 2 depend. relacion.	Sempre gostei de conversar com os meus pais.
7DER	tipo 2 depend. relacion.	Estou muito ligado à região onde nasci.
8DER	tipo 2 depend. relacion.	Gosto de voltar a ver a casa onde vivi quando era criança.
9DER	tipo 2 depend. relacion.	Gosto dos retratos de família.
10DER	tipo 2 depend. relacion.	Gosto de rever os meus amigos de infância.
11DER	tipo 2 depend. relacion.	Gosto das mulheres meigas e maternais.
12DER	tipo 2 depend. relacion.	Gosto de receber conselhos dos mais velhos.
13DER	tipo 2 depend. relacion.	Sempre respeitei muito as ideias e os conselhos dos meus pais.
14DER	tipo 3 depend. relacion.	Gosto de me sentir rodeado de simpatia quando estou doente ou infeliz.
15DER	tipo 3 depend. relacion.	Prefiro estar rodeado de alguns amigos quando recebo más notícias.
<i>Dependência Situacional</i>		
16DES	tipo 2 depend. situacio.	Não gosto de mudar de estilo de roupa ou de seguir a moda.
17DES	tipo 2 depend. situacio.	Não conseguia suportar ter de deixar a minha família e os meus amigos para ir viver no estrangeiro.
18DES	tipo 2 depend. situacio.	Gosto de ir sempre ao mesmo restaurante, ao mesmo café, à mesma loja.
19DES	tipo 2 depend. situacio.	Não gosto da comida ou dos cozinhados que fogem aos meus hábitos.
20DES	tipo 2 depend. situacio.	Gosto de ter a vida bem organizada, um horário certo e de seguir os hábitos de todos os dias.
21DES	tipo 2 depend. situacio.	Não gosto muito das novas ideias, dos novos espectáculos, nem dos novos livros.
22DES	tipo 2 depend. situacio.	Gosto sempre de reencontrar os mesmos velhos amigos.
23DES	tipo 2 depend. situacio.	Gosto de ter uma situação estável e um futuro assegurado.
24DES	tipo 3 depend. situacio.	Tenho saudades da minha terra quando estou no estrangeiro.

N. item	Identificação do item	Conteúdo
25DES	tipo 3 depend. situacio.	Sinto-me um pouco perdido quando tenho de mudar de hábitos ou de projectos.
26DES	tipo 3 depend. situacio.	Não me sinto muito à vontade quando saio de casa para ir de férias.
27DES	independência manifesta	Gosto de mudar de emprego.
28DES	independência manifesta	Gosto de um emprego com actividades variadas e pouca tranquilidade.
29DES	independência manifesta	Gosto de estar sozinho no estrangeiro.
30DES	independência manifesta	Gosto de partir à aventura.
31DES	independência manifesta	Gosto de mudar de casa.
Passividade		
32PAS	tipo 1 hipoactividade	Às vezes gostava que as pessoas fossem mais lentas para que eu as possa seguir ou apanhar.
33PAS	tipo 1 relaxação	Em geral aproveito o mais possível os meus fins-de-semana para me descontraír e divertir.
34PAS	tipo 1 hiperactividade	Subo muitas vezes os degraus dois a dois.
35PAS	tipo 2 passividade	Gosto de almofadas macias.
36PAS	tipo 2 passividade	Gosto de estar em sítios bem aquecidos.
37PAS	tipo 2 passividade	Gosto de «passar pelas brasas» depois das refeições.
38PAS	tipo 2 passividade	Gosto de dormirar perto de um sítio quente.
39PAS	tipo 3 passividade	Às vezes noto que estou sempre sob tensão e que não posso fazer nada para me descontraír ou para me acalmar.
40IMP	tipo 1 impulsividade	Gosto de poder gastar dinheiro sem fazer contas. Sou muito sensível a desfiles militares.
41IMP	tipo 1 emotividade	Gosto de assistir a uma cerimónia de casamento e fico comovido.
42IMP	tipo 1 emotividade	Sinto o mal e o sofrimento dos outros como se fosse comigo.
43IMP	tipo 1 emotividade	Antes de começar um trabalho penso na melhor maneira de o fazer.
44IMP	tipo 1 ponderação	É preciso muito para eu ficar irritado.
45IMP	tipo 1 placidez	Em geral, quando estou numa festa, não mostro muito entusiasmo.
46IMP	tipo 1 placidez	Às vezes tenho gestos de mau humor de que me arrependo depois durante muito tempo.
47IMP	tipo 3 impulsividade	Nas reuniões, prefiro estar sozinho ou apenas com outra pessoa, a misturar-me com os outros.
48SEC	tipo 1 isolamento	Fico muitas vezes preocupado a pensar naquilo que acabei de fazer.
49SEC	tipo 1 introversão	Às vezes gostava de conhecer as razões profundas do comportamento dos outros.
50SEC	tipo 1 introversão	Tenho tendência para pensar no meu passado.
51SEC	tipo 1 introversão	Gosto de ir a festas ou a reuniões animadas.
52SEC	tipo 1 sociabilidade	Tenho tendência para afastar os problemas difíceis que exigem uma reflexão profunda.
53SEC	tipo 1 extroversão	Sonhar acordado, meditar e pôr-se a imaginar coisas é, em minha opinião, uma perda de tempo.
54SEC	tipo 1 extroversão	

N. item	Identificação do item	Conteúdo
<i>Escalas Adicionais</i>		
55DIV	gostos ligados a tendências	Gosto de chupar bombons.
56DIV	bulfmicas (idem)	Gosto sempre de ter uma guloseima para petiscar.
57DIV	(idem)	Gosto das bebidas fortes.
58DIV	(idem)	Gosto de côdeas de pão.
59DIV	evitamento situac. susc. de pôr em perigo a imagem de si próprio	Há jogos em que não gosto de participar porque não sou bom neles.
60DIV	(idem)	Quando faço um disparate diante de outras pes- soas, fico com essa má recordação durante muito tempo.
61DIV	atitudes ou sentim. lig. ao trabalho ou activid. (per- feccionismo)	Trabalho num estado de grande nervosismo, de grande tensão.
62DIV	atitudes ou sentim. lig. ao trabalho ou activid. (es- tado tensão no trab.)	Em minha opinião o mais importante na vida é o trabalho que se faz.

MÉTODO

Sujeitos

A versão portuguesa do questionário foi administrada a uma amostra de 52 indivíduos do sexo masculino que fizeram um enfarte há mais de 6 meses, no quadro de uma colaboração com a Unidade de Cuidados Intensivos do Hospital Egas Moniz em Lisboa. A participação neste estudo é solicitada no quadro das consultas externas de Cardiologia do Hospital. De entre estes indivíduos, foram retidos 27 posto que reuniam as seguintes condições adicionais: (1) ter feito um enfarte há menos de 3 anos, e, (2) ter menos de 65 anos. A idade média do grupo, feita esta selecção, é de 47.93 (d.p. = 6.51). No que diz respeito ao estatuto sócio-profissional, 7 indivíduos desempenham funções de chefia e 20 são executivos.

O grupo controlo foi constituído no quadro de uma colaboração com o Gabinete de Medicina Ocupacional dos T. L. P. de Lisboa. Esta empresa apresenta um baixo

nível de problemas do aparelho circulatório. De uma população de 58 indivíduos inquiridos, do sexo masculino, saudáveis, 27 reúnem as condições necessárias para o emparelhamento com os indivíduos coronários: igual estatuto sócio-profissional e nível etário semelhante. A média de idades é de 47,56 (d.p. = 6,45).

Procedimento

A participação neste estudo é solicitado no quadro das consultas externas de Cardiologia do Hospital acima referido para o grupo enfarte. A participação do grupo saudável foi considerada no âmbito do exercício das funções na empresa, também já referida. Todos os sujeitos responderam individualmente ou, quando na mesma sala, em pontos opostos. Foram dadas as mesmas instruções aos dois grupos («trata-se de um estudo sobre hábitos e opiniões de indivíduos de diferentes sectores profissionais e níveis etários. As respostas são confiden-

QUADRO 2

Comparação das respostas dos sujeitos controlo (n = 27)
e coronários (n = 27) aos 62 itens

Itens	controlo		coronários		t	g.l.
	\bar{X}	d.p.	\bar{X}	d.p.		
1DER	4.630	2.003	5.407	2.005	-1.43	52
2DER	2.889	1.739	3.667	2.527	-1.32	46
3DER	2.482	1.718	2.444	2.082	0.07	52
4DER	5.667	1.641	6.000	1.301	-0.83	52
5DER	4.296	2.216	5.259	2.263	-1.58	52
6DER	5.037	1.675	2.778	1.987	4.52	52 ****
7DER	4.482	2.440	4.593	2.454	-0.17	52
8DER	5.593	1.623	4.815	2.386	1.40	46
9DER	5.741	1.509	6.074	1.774	-0.74	52
10DER	5.667	1.240	5.852	1.657	-0.46	52
11DER	4.889	2.044	5.815	1.841	-1.75	52 *
12DER	3.593	2.024	3.778	2.225	-0.32	52
13DER	5.519	1.477	5.667	1.922	0.32	52
14DER	4.778	1.888	5.111	2.044	-0.62	52
15DER	3.296	2.091	2.630	1.843	1.24	52
16DES	2.963	2.157	4.667	2.337	-2.78	52 *
17DES	3.444	1.826	4.444	2.439	-1.71	52 *
18DES	5.667	1.519	6.259	1.318	-1.53	52
19DES	3.778	1.783	4.778	1.987	-1.95	52 *
20DES	3.444	1.968	4.407	2.062	-1.76	52 *
21DES	5.333	1.776	5.000	2.184	0.62	52
22DES	5.407	1.803	5.593	1.866	-0.37	52
23DES	2.000	1.271	2.111	1.928	-0.25	45
24DES	4.148	1.916	4.926	2.218	-1.38	52
25DES	4.556	1.886	5.741	1.483	-2.57	52 *
26DES	4.963	2.009	5.037	2.227	-0.13	52
27DES	3.333	2.270	3.222	2.242	0.18	52
28DES	3.037	1.990	4.519	2.310	-2.52	52 **
29DES	6.222	1.340	6.556	0.698	-1.15	39
30DES	5.407	1.500	6.074	1.174	-1.82	52 *
31DES	2.259	1.430	3.296	2.198	-2.05	45 **
32PAS	4.333	1.961	5.444	1.695	-2.23	52 **
33PAS	4.778	1.968	3.593	2.721	1.83	52 *
34PAS	3.148	1.955	3.074	2.336	0.13	52
35PAS	5.259	1.701	5.148	2.214	0.21	52
36PAS	6.259	0.712	6.000	1.494	0.81	37
37PAS	2.296	1.613	2.852	2.179	-1.06	52
38PAS	3.519	2.155	5.074	2.269	-2.58	52 *
39PAS	5.259	1.534	5.000	2.019	0.53	52
40IMP	4.481	2.026	5.926	1.517	-2.96	52 ****
41IMP	5.852	1.406	6.482	1.014	-1.89	47 *
42IMP	5.074	1.900	5.704	1.636	-1.30	52
43IMP	3.963	1.990	5.000	2.094	-1.87	52 *
44IMP	5.259	1.767	5.741	1.095	-1.20	43
45IMP	2.889	1.867	3.704	2.317	-1.42	52
46IMP	5.111	1.761	5.667	1.664	-1.19	52
47IMP	2.593	1.886	3.259	2.297	-1.17	52

Items	controle		coronários		t	g.l.
	X	d.p.	X	d.p.		
48SEC	2.889	2.100	3.667	2.449	-1.25	52
49SEC	2.407	1.623	2.185	1.922	0.46	52
50SEC	4.185	2.219	4.963	2.047	-1.34	52
51SEC	4.444	2.100	4.037	2.519	0.65	52
52SEC	2.333	1.468	3.333	2.236	-1.94	45 *
53SEC	3.556	1.826	5.519	2.208	-3.56	52 ****
54SEC	2.037	1.224	3.259	2.474	-2.30	38 **
55DIV	6.593	0.747	6.556	0.801	0.18	52
56DIV	3.741	2.297	4.963	2.345	-1.93	52 *
57DIV	2.519	1.477	3.074	2.093	-1.13	47
58DIV	3.370	2.097	3.259	2.314	0.18	52
59DIV	2.259	1.701	3.148	2.179	-1.67	52
60DIV	3.370	1.984	4.000	2.402	-1.05	52
61DIV	5.296	1.540	5.593	1.670	-0.68	52
62DIV	3.852	2.214	3.444	2.439	0.64	52

* $p < 0.10$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$; **** $p < 0.001$.

ciais, não dão lugar a nenhuma resultado individual, sendo os dados analisados por um centro de investigação estrangeiro»). Estas instruções assumem extrema importância no grupo de controle, dado que as respostas ao questionário são fornecidas no âmbito do exercício das funções.

RESULTADOS

A primeira questão que nos pusemos foi a de saber quais os perfis de resposta dos indivíduos coronários e de controle aos 62 itens e a sua variabilidade. Por questões de severidade, foram aplicados testes estatísticos bicaudais nas comparações das respostas dos indivíduos dos dois grupos.

Como podemos constatar, apenas 21 itens são discriminativos dos dois grupos de indivíduos (itens 6DER, 11DER, 16DES, 17DES, 19DES, 20DES, 25DES, 28DES, 30DES, 31 DES, 32PAS, 33PAS, 38PAS, 40IMP, 43IMP, 52SEC, 53SEC, 56DIV, 59DIV). Os factores de significação com mais peso são o de dependência situacional

e o de passividade. No entanto, a análise da repartição dos itens discriminativos em termos da sua transparência de significação não apresenta diferenças significativas.

A análise factorial dos dados obtidos pelo autor da versão francesa tinha evidenciado três dimensões no questionário, dimensões que conduziram à reestruturação dos itens em torno dos factores de dependência relacional, dependência situacional e passividade. Era, portanto, importante analisar os dados à luz desta estrutura factorial particular. Neste sentido, os dados foram submetidos a uma análise factorial semelhante à utilizada no estudo belga (FACA) seguida de rotação "varimax". A extracção de factores foi limitada, à partida, a três factores. Em termos gerais, o arranjo factorial dos itens mantém-se. No entanto, as saturações factoriais obtidas no factor de dependência relacional são, na sua maior parte, inferiores a .30.

A comparação dos «scores» dos sujeitos na solução factorial a três dimensões evidencia uma discriminação dos dois grupos apenas ao nível do factor passividade (cfr. Quadro 3).

QUADRO 3

*Teste da diferença de médias dos 'scores' factoriais dos indivíduos
(na solução a três dimensões)*

Factor	N	Média	D.P.	T	g.l.	prob. (t. bicaudal)
Dependência relacional						
controlo	27	28.963	17.379	- 1.39	46	.17
coronário	27	37.148	25.232			
passividade	27	62.222	28.347	2.10	47	.05 *
controlo	27	42.556	39.533			
Dependência situacional						
controlo	27	43.444	27.570	- 1.17	52	.25
coronário	27	52.593	30.025			

A questão que se nos coloca face a estes resultados é a de saber qual o perfil médio de risco para cada grupo. Para responder a esta questão submetemos a matriz de dados

ao programa de análise discriminante desenvolvido na Unidade de Psicologia Experimental e Social da Universidade Católica de Lovaina.

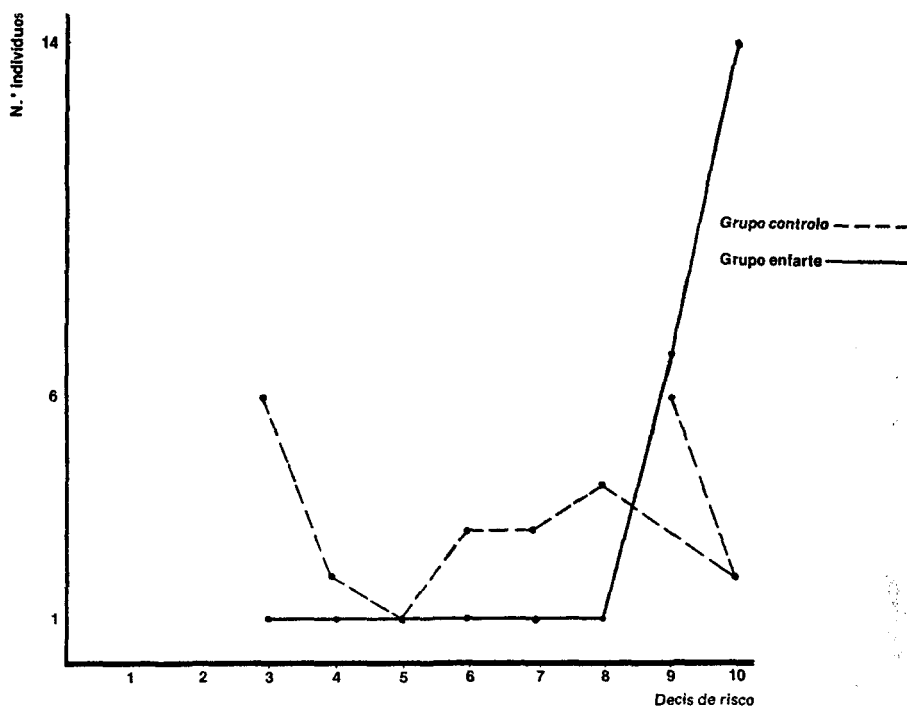


Fig. 1 — Polígono de frequências do risco de enfarte.

Como podemos ver, o índice de risco é elevado na generalidade dos casos ($\bar{X}=7.56$, d. p. = 2.485). A análise por grupo revela uma maior homogeneidade no perfil do grupo coronário ($\bar{X} = 8.593$, d. p. = 2.043) relativamente ao grupo controlo ($\bar{X} = 6.519$, d. p. = 2.486). A análise comparativa dos perfis grupais de risco mostra uma diferença significativa ($T = -3.35$, $p < .005$, para 52 graus de liberdade). A correlação entre índice de risco e grupo, ainda que fraca, corrobora esta nossa constatação ($r = .18$, $p < .10$). Este valor aponta, no entanto, para o carácter não linear da relação entre estas duas variáveis.

DISCUSSÃO

Os resultados do presente estudo mostram que os indivíduos coronários diferem dos indivíduos saudáveis quanto ao padrão de respostas fornecido. No entanto, estas diferenças não se reportam, pelo menos linearmente, à significação dos factores ou à transparência dos itens. As características comportamentais relacionadas com a dependência relacional não emergem na presente análise. Alguns dos aspectos ligados à dependência situacional mostram-se pertinentes, revelando-se o factor de passividade extremamente discriminativo dos indivíduos.

No conjunto, a versão portuguesa deste instrumento de medida parece ter conservado algumas das qualidades da versão original belga. A validade discriminativa do questionário de despistagem de factores comportamentais ligados ao risco de enfarte aqui constatada, aponta para o interesse do instrumento de medida. No entanto, novos estudos deverão ser levados a cabo no âmbito das características do questionário, com vista a uma análise sistemática das relações aqui observadas e a uma eventual reestruturação.

CONCLUSÕES

No decorrer da exposição, sublinhámos o interesse particular que reveste a abordagem dos aspectos psicológicos na emergência do enfarte. Inúmeros estudos apontam para a existência de um perfil psicológico específico. O questionário de Rimé (1983) parece discriminar correctamente os indivíduos coronários dos indivíduos saudáveis. No entanto, as diferenças observadas não correspondem aos postulados do autor, daí a necessidade de novos estudos neste âmbito.

No conjunto, as vias abertas já se mostraram interessantes e frutuosas. Elas contribuirão certamente para o reforço do trabalho teórico e empírico relativo ao problema delicado da prevenção do risco de enfarte.

BIBLIOGRAFIA

- ARLOW, J. (1945) — «Identification mechanisms in coronary occlusion», *Psychosomatic Medicine*, 7, 195-209.
- BAKKER, C., LEVENSON, R. (1967) — «Determinants of angina pectoris», *Psychosomatic Medicine*, 29, 621-633.
- BONAMI, M., RIMÉ, B. (1976) — «Structures comportementales et styles de personnalité associés à l'infarctus du myocarde», *Bulletin de Psychologie*, 29, 324, 803-812.
- BROZEK, J., KEYS, A., BLACKBURN, H. (1965) — «Personality differences between potential coronary and non coronary subjects», *Ann. N. Y. Academic Science*, 134, 1057-1064.
- BRUHN, J., CHANDLER, B., KOLF, S. (1969) — «A psychological study of survivors and non-survivors of myocardial infarction», *Psychosomatic Medicine*, 31, 8-19.
- BRUNUSON, B., MATTHEWS, K. (1981) — «The type A coronary-prone behavior pattern and reactions to uncontrollable stress: an analysis of performance strategies, affect, and attributions during failure», *Journal of Personality and Social Psychology*, 40, 5, 906-918.
- CADY, L., GERTLER, M., GOTTACH, L., WOODBURY, M. (1961) — «The factor structure of variables concerned with coronary artery disease», *Behavioral Science*, 6, 37-41.
- CAFFREY, B. (1968) — «Reliability and validity of personality and behavioral measures in a

- study of coronary heart disease», *Journal of Chronic Disease*, 21, 191-204.
- CAFFREY, B. (1969) — «Behavior patterns and personality characteristics related to prevalence rates of coronary heart disease in american monks», *Journal of Chronic Disease*, 22, 93-103.
- CARVER, C. (1980) — «Perceived coercion, resistance to persuasion and the type A behavior pattern», *Journal of Research in Personality*, 19, 467-481.
- CHESNEY, M., BLACK, G., CHADWICK, J., ROSENMAN, R. (1981) — «Psychological correlates of the coronary-prone behavior pattern», *Journal of Behavioral Medicine*, 23, 217-230.
- CLEVELAND, S., JOHNSON, D. (1962) — «Personality patterns in young males with coronary disease», *Psychosomatic Medicine*, 24, 600-611.
- DUNBAR, H. (1943) — *Psychosomatic diagnosis*, Hoeber, N. Y.
- FRIEDMAN, M., ROSENMAN, R. (1959) — «Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings», *Journal of the American Medical Association*, 169, 1286-1296.
- FRIEDMAN, M., ROSENMAN, R. (1960) — «Overt behavior pattern in coronary disease. Detection of overt behavior pattern A in patients with coronary disease by a new psychological procedure», *Journal of the American Medical Association*, 173, 1320-1326.
- FRIEDMAN, M., BROWN, M., ROSENMAN, R. (1969) — «Voice analysis test for detection of behavior pattern», *Journal of the American Medical Association*, 208, 828-836.
- GLASS, D. (1977) — *Behavior patterns, stress and coronary disease*, Erlbaum, Hillsdale, N. J.
- GASTORF, J., TEEVAN, R. (1980) — «Type A coronary-prone and fear of failure», *Motivation and Emotion*, 4, 1, 71-76.
- GRYGIER, L. (1961) — *The dynamic personality inventory*, National foundation for educational research in England and Wales, Slough.
- JENKINS, C. (1971 a) — «Psychological and social precursors of coronary disease», *New England Journal of Medicine*, 284, 244-255.
- JENKINS, C. (1971 b) — «Psychological and social precursors of coronary disease: second part», *New England Journal of Medicine*, 284, 307-317.
- MATTHEWS, K. (1982) — «Psychological perspectives on the type A behavior pattern», *Psychological Bulletin*, 91, 2, 293-323.
- MENNINGER, K., MENNINGER, W. (1936) — «Psychoanalytic observations in cardiac disorders», *American Heart Journal*, 11, 10-14.
- MURRAY, H. (1938) — *Explorations in personality*, Oxford, N. Y.
- OSTEFELD, A., LEBOVITS, B., SHEKELLE, R., PAUL, O. (1964) — «A prospective study of the relationship between personality and coronary heart disease», *Journal of Chronic Disease*, 17, 256-276.
- RIMÉ, B., BONAMI, M. (1972) — «L'incidence des facteurs psychologiques dans les affections coronariennes: affections coronariennes et personnalité: de la problématique à la méthode. Structures comportementales et style de personnalité associés aux affections coronariennes», Tese de doutoramento não publicada, U. C. L.
- RIMÉ, B., BONAMI, M. (1975) — «Infarctus du myocarde et personnalité: problèmes méthodologiques de l'approche différentielle», *Bulletin de Psychologie*, xxviii, 134:1-18.
- RIMÉ, B., BONAMI, M. (1979) — «Overt and covert personality traits associated with coronary heart disease», *British Journal of Medical Association*, 52, 77-84.
- RIMÉ, B. (1982) — «Psychological factors and risk of coronary heart disease», Note de recherche, U. C. L.
- RIMÉ, B. (1983) — «Le questionnaire de despistage de facteurs comportementales liés au risque d'infarctus», Note de recherche.
- ROSENMAN, R., FRIEDMAN, M. (1961) — «Association of specific behavior pattern in women with blood and cardiovascular findings», *Circulation*, 24, 1173-1176.
- ROSENMAN, R., FRIEDMAN, M. (1963) — «Behavior patterns, blood lipids and coronary heart disease», *Journal of American Medical Association*, 184, 934-938.
- ROSENMAN, R., FRIEDMAN, M., STRAUS, R., colab. (1966) — «Coronary heart disease in the western collaborative Group-Study: a follow-up experience of two years», *Journal of American Medical Association*, 195, 86-92.
- ROSENMAN, R., FRIEDMAN, M., STRAUS, R., colab. (1970) — «Coronary heart disease in the western collaborative Group Study: a follow-up experience of 4 1/2 years», *Journal of Chronic Disease*, 23, 173-190.
- SHERWITZ, L., BERTON, K., LEVENTHAL, H. (1978) — «Type A behavior, self-involvement, and cardiovascular response», *Psychosomatic Medicine*, 40, 593-609.