

Comportamento tipo-A e doença coronária isquémica

Algumas perspectivas cronológicas da evolução conceptual

MIGUEL XAVIER *

I. INTRODUÇÃO

1. Dados históricos

As primeiras referências acerca da importância dos factores psicológicos na etiopatogenia da doença coronária isquémica (DCI) remontam aos princípios do século XVII, altura em que foi publicada a obra magistral do fisiologista inglês William Harvey, «de Motu cordis».

Harvey, que terá baseado grande parte do seu trabalho nas observações de Realdo Colombo e de André Cesalpino (Tavares de Sousa, 1981), descreveu a influência dos estados emocionais na dinâmica cardíaca da seguinte maneira:

«...uma alteração mental produzindo dor, excessiva alegria, esperança ou ansiedade, estende-se ao coração, que afecta a sua ténpera e ritmo, perturbando a nutrição e o vigor...».

Aproximadamente um século mais tarde, Heberden e Hunter (1772) alargam um pouco mais os limites deste conceito, ao referirem-se de modo concreto à implicação dos factores emocionais no agravamento da cardiopatia isquémica já estabelecida, isto é, com sintomatologia clínica presente e significativamente importante.

* Interno do Intern. Complementar Hospital Miguel Bombarda — departamento da Ajuda.

Williams (1836), após rever a literatura da época, chama a atenção para o perigo da separação entre o orgânico e o funcional:

«...nenhum homem, estou certo, poderá vir a ser um bom Patologista ou um Clínico judicioso, se orientar a sua atenção para um destes sistemas, em detrimento ou exclusão do outro; através da vida, eles estão actuando perpétua e inseparavelmente...».

Em 1868, Von Duch descreve, nos seus pacientes com Angor pectoris, a presença de determinado tipo de características comuns, tais como irritabilidade, excitabilidade fácil, entrega exhaustiva ao trabalho e utilização constante de um tom de voz inadequadamente elevado; constata ainda um consumo exagerado de alimentos sólidos e de bebidas alcoólicas, um sedentarismo importante e uma distribuição ponderal significativamente acima da média.

Mas é só com William Osler, em 1897, que as várias ideias existentes, mas até aí dispersas, se organizam de forma mais conceptual.

Osler é, pois, o primeiro cientista a correlacionar factores psicológicos e doença cardíaca isquémica, chegando mesmo a afirmar que seria possível fazer aprioristicamente um diagnóstico imediato de DCI através da observação cuidada das actividades psicomotoras que o paciente exibia ao entrar no gabinete de consulta...

Apesar do imenso prestígio de Osler, esta notável percepção diagnóstica acerca do envolvimento da personalidade no emergir da DCI não teve o eco nem

a aceitação que o autor, muito justificadamente, esperava.

A que se terá ficado a dever tal facto?

Pese embora a distância de quase um século, é muito provável que a explicação deste aparente «desinteresse» pelos factores psíquicos se encontre na dramática alteração que a evolução tecnológica provocou nas correntes do pensamento cardiológico de então.

Com efeito, após a invenção do Electrocardiógrafo, em 1900, por Einthoven, e com a introdução do Diagnóstico Instrumental por Lewis e Mackenzie, em 1902, os cardiologistas terão ficado fascinados com as novas e sedutoras perspectivas que se lhes abriam, enveredando, assim, por abordagens fisiopatológicas da doença cardíaca de índole quase que exclusivamente mecanicista.

Um exemplo paradigmático, que consubstancia e ilustra bem a visão organicista das correntes do princípio do século, foi a incapacidade para compreender o Síndrome de Da Costa (1871), que terá vitimado milhares de soldados nas Grandes Guerras, e em que a causalidade emocional foi sempre como que denegada.

Em 1918, Oppenheimer introduz no léxico médico de então o termo Astenia Neurocirculatória, como um síndrome perfeitamente definido nas suas manifestações clínicas, mas sem etiologia conhecida.

No campo da Psiquiatria, as ideias prevalentes na primeira metade deste século excluem também, de certa forma, a importância de elementos psicológicos nas cardiopatias isquémicas, excepção feita aos trabalhos de Menninger e Menninger (1936), de Dunbar (1943) e de Kemple (1945).

Os primeiros destes autores desenvolveram um constructo de base psicanalítica em que relacionaram a emergência de DCI com um mecanismo de repressão de fortes instintos agressivos.

Depois do final da Segunda Grande Guerra, com o aparecimento de novos módulos de investigação de campo, como a Epidemiologia e a Estatística, o estudo da etiopatogenia das coronariopatias sofre, do ponto de vista da causalidade não-orgânica, um novo atraso.

Deste modo, os dados de carácter emocional, visto não serem quantitativamente mensuráveis, eram considerados inadequados para estudos epidemiológicos que abrangessem grandes massas populacionais, sendo por isso mesmo preteridos por outros dados provavelmente menos significativos, mas mais facil-

mente introduzíveis em sistemas de grandes números, nomeadamente em sistemas de tecnologia informática, cujo desenvolvimento e expansão se encaixavam por essa altura.

2. Aparecimento do conceito de comportamento tipo

Um dos grandes benefícios que a Bioestatística trouxe à ciência médica foi a contribuição notável para a elaboração de Tabelas Epidemiológicas de Incidência de Doença.

Assim, é dado assente que as cardiopatias isquémicas, nas suas variadas expressões clínicas, que vão do enfarte agudo do miocárdio até à morte súbita, constituem a maior causa de mortalidade no mundo ocidental — nos países de expressão inglesa, por exemplo, são responsáveis por 40 % do número total de falecimentos nos indivíduos de meia idade (Levy et al., 1980).

É um facto reconhecido na comunidade científica que um número importante destas mortes pode ser previsto a partir da análise de três factores ditos de risco para emergência de doença coronária: tensão arterial, taxa plasmática de colesterol e hábitos tabágicos.

No entanto, sabe-se desde há algum tempo que a avaliação apenas de critérios organicistas peca por defeito, não permitindo previsões suficientemente seguras em quase metade das situações.

Foi com base neste pressuposto que nos finais da década de 50, dois investigadores americanos, Friedman e Rosenman, verificaram que havia uma constelação de características comportamentais comum aos indivíduos com DCI, que raramente se encontrava nos elementos sem coronariopatia (Friedman e Rosenman, 1959).

Focalizando os seus estudos na observação sistematizada dos comportamentos individuais destes doentes, chegaram à formulação de um constructo de comportamento, a que deram o nome de TIPO A, no qual se verificava uma incidência de DCI extremamente importante, e que consubstanciaram na seguinte definição:

«...complexo de acção-emoção evidenciável em indivíduos envolvidos numa luta ininterrupta para alcançar mais e mais em cada vez menos tempo, se necessário contra os esforços de tudo e de todos, e

que frequentemente apresentam uma hostilidade flutuante, muitas vezes escondida e habitualmente bem racionalizada...»

Este padrão de comportamento é composto por um conjunto de componentes estreitamente interrelacionados entre si, mas com um peso relativo na etiopatogenia das DCI bastante variável.

Numa descrição sucinta do comportamento tipo-A, são de referir a hostilidade, a agressividade e competitividade exageradas, a irritabilidade e a impaciência.

No discurso típico dos indivíduos com este comportamento destaca-se uma tonalidade vocal elevada (hipertonia do aparelho laríngeo), uma aceleração do ritmo da fala e um recurso sistemático à ênfase silábica, o que se traduz, no final, por um discurso de tipo explosivo.

Para Jenkins (1976), este tipo de comportamento teria um peso relativo na etiopatogenia da DCI pelo menos tão importante como o dos factores clássicos, embora actuando fisiopatologicamente de modo provavelmente diferente.

II. MÓDULOS DE INVESTIGAÇÃO NO COMPORTAMENTO TIPO-A

A necessidade de se encontrarem métodos de detecção e de quantificação clínica surgiu imediatamente após terem sido feitas as primeiras tentativas de formulação do conceito de comportamento tipo-A (CTA).

Dentro destes métodos assinala-se o recurso a entrevistas, testes psicométricos, biofísicos e bioquímicos.

Três módulos de avaliação do CTA têm sido universalmente utilizados devido à sua relação prospectiva com a doença cardíaca:

- Entrevista estruturada, ou S. I. (Roseman, 1975).
- J. A. S. (Jenkins Activity Survey, de Jenkins et al., 1974).
- Escala de Framingham (Haynes et al., 1980).

A mais recente versão da S. I. consiste num conjunto de 25 questões em que a pessoa é caracterizada pela forma como reage a situações que foram

previamente reconhecidas como capazes de elicitar impaciência, hostilidade e competitividade em indivíduos tipo-A:

- por exemplo, a pessoa é interrogada acerca da sua reacção quando trabalha lado a lado com colegas mais lentos, quando tem de esperar a sua vez em filas, etc.

Estas questões são colocadas pelo entrevistador de maneira a que se tornem evidenciáveis alterações da forma do discurso do entrevistado, caso este seja do tipo-A; assim, certas perguntas com respostas óbvias são colocadas deliberadamente de forma lenta e hesitante — o indivíduo tipo-A responde apressada e incisivamente, quase sempre antes de o entrevistador ter tido tempo de enunciar completamente a pergunta.

A classificação do padrão de comportamento é, deste modo, simultaneamente fundamentada nos conteúdos das respostas do entrevistado e nas mudanças secundárias do seu discurso, apresentando quatro subtipos, explanados gradativamente da seguinte maneira:

- A1 — CTA completamente desenvolvido.
- A2 — CTA incompletamente desenvolvido.
- X — equidade de características de tipo-A e de tipo-B.
- B — ausência de características de tipo-A, designada por comportamento tipo-B.

Na amostragem de 3.500 indivíduos masculinos estudada por Roseman no W. C. G. S. (sigla de Western Collaborative Group Study), que constitui o mais extenso follow-up já realizado, verifica-se que aproximadamente 50 % do número total de elementos é classificado como pertencente aos subgrupos A1 e A2.

Howard, ao aplicar a S. I. a um grupo significativo de executivos canadianos, encontrou uma percentagem de indivíduos com características tipo-A na casa dos 60 % (Howard et al., 1977).

Neste ponto da análise do problema surge, no entanto, uma dificuldade: aparentemente, se os estudos realizados mostrarem constantemente percentagens elevadas de incidência de CTA, um número mais ou menos importante de sujeitos que nunca desenvolverão DCI seriam classificados como tipo-A, o que de certo modo diminuiria a sensibilidade da S. I. no que respeita à capacidade de previsão de

emergência de uma ou mais das várias formas clínicas do amplo espectro das cardiopatias isquémicas; este problema ainda não foi totalmente resolvido.

A. J. A. S. (Jenkins Activity Survey) é um segundo método de avaliação do CTA, consistindo num questionário de 54 perguntas que são respondidas pelo indivíduo sem a intervenção de qualquer entrevistador.

Destas questões, uma grande parte é semelhante às formuladas na S. I., verificando-se no entanto algumas discrepâncias quanto ao peso relativo dos itens analisados pelas restantes perguntas:

- com efeito, são atribuídos apenas seis itens para a caracterização da hostilidade e da competitividade, aspectos que são reconhecidos como fundamentais no CTA, ao passo que na análise da rapidez de desempenho e da ambição profissional já são utilizados quinze itens, o que é manifestamente superior em termos de importância relativa.

O terceiro instrumento de detecção e caracterização é a Escala de Framingham que representa um subproduto de um extenso inventário desenvolvido há alguns anos, criado com a finalidade de avaliar os factores psicossociais presentes na população que foi utilizada como base aleatória do Estudo Multicêntrico de Framingham, cujos resultados, em alguns casos surpreendentes, abriram extraordinárias perspectivas quer para a Cardiologia Clínica, quer para a própria Saúde Pública.

Esta escala consiste num pequeno questionário de dez itens que avaliam certas características do comportamento, tais como competitividade individual, percepção de tensão profissional e sensação de falta do tempo necessário para a execução de tarefas diárias (Haynes et al., 1978).

Esta breve descrição da metodologia das técnicas mais usadas torna desde logo aparente uma série de aspectos variáveis de escala para escala, o que poderá eventualmente constituir a base das discrepâncias encontradas nas múltiplas tentativas de sobreposição e/ou comparação dos resultados obtidos através dos diferentes processos.

Assim, a S. I., por exemplo, faz depender a classificação não só do conteúdo do questionário, mas também da forma particular como o indivíduo interage com o entrevistador, ao contrário da J. A. S. em que as respostas não são, em princípio, influenciadas por factores exteriores.

Avançando um pouco mais longe, parecem existir evidências de que as classificações encontradas após a aplicação da S. I. poderiam ser predictas com razoável segurança a partir da avaliação isolada (!) dos diversos padrões de discurso exibidos no decorrer da entrevista (Scherwitz et al., 1977 e Schuker, 1977).

Uma contribuição valiosa para a análise comparativa da potência das três escalas foi a de estudar estatisticamente o grau de correlação existente entre duas sessões de testes iguais, realizadas pelos mesmos indivíduos, com os intervalos de tempo entre as sessões oscilando entre um e quatro anos. Nesse estudo, apuraram-se os seguintes coeficientes de correlação, expressos em percentagem:

- S. I. — 75 a 90 %.
- J. A. S. — 60 a 70 %.
- FRAMINGHAM - 70 %.

Para Matthews, a explicação para as divergências encontradas reside na forte possibilidade de os vários instrumentos, cuja finalidade em última instância é a de classificar sempre o mesmo constructo, avaliarem, isso sim, diferentes características do comportamento individual, o que tornaria problemática qualquer comparação (Matthews, 1982). Para além destes três módulos, outros processos originais de classificação têm vindo a ser desenvolvidos, sendo de referir também as várias adaptações de escalas retiradas de Inventários psicométricos que reflectem elementos sempre a considerar (apesar de por vezes demasiado parcelares) no modo de agir individual e, em última análise, no próprio comportamento.

Assim, merecem destaque especial:

Escala de Vicker — autoquestionário desenvolvido na Universidade de Michigan; sendo de relativamente fácil execução, não reflecte toda a variedade de comportamentos, e não guarda uma boa correlação com a S. I. (Caplan, 1980).

Escala de Bortner — foi desenvolvida a partir de certos itens da S. I., tendo como objectivos, à partida, a aquisição de um instrumento de screening que se mostrasse mais rápido.

Para alguns autores, os índices encontrados após aplicação desta escala seriam mais elevados no sector feminino do que no masculino (Bernet, 1982; Machado Nunes & Baptista, 1986).

Inventário Eysenck da Personalidade — as características avaliadas são o neuroticismo, a ex-

troverson, a impulsividade e a sociabilidade. Esta escala tem um forte índice de correlação com a S. I. (Eysenck, 1982).

Inventário Speilberger — analisa Traços de ansiedade, que apresentam um carácter constante, e estados de ansiedade, que serão mais transitórios; foi adaptado para despistar eventuais relações entre o comportamento tipo-A e distúrbios afectivos (Speilberger, 1970).

Para Byrne, a S. I. continua a ser o método mais fidedigno e sensível para detectar o CTA (Byrne, 1985).

Da mesma opinião são Friedman e Booth-Kewley, cuja análise quantitativa de 1987 demonstra também a maior capacidade da S. I. na predição da DCI, relativamente à J. A. S..

No entanto, apesar das suas vantagens, a S. I. não corresponde de modo suficientemente significativo às premissas necessárias a qualquer projecto de investigação que tenha como objectivo primordial o estabelecimento de estratégias de Saúde Pública para efeitos de prevenção primária, pelo que se afigura premente a necessidade de desenvolvimento de novos e mais poderosos módulos de avaliação qualitativa e quantitativa das características deste tipo de comportamento, que pela sua especificidade e sensibilidade se mostrem capazes e adequados a ser aplicados em massas populacionais progressivamente mais amplas.

III. CORRELAÇÕES FISIOPATOLÓGICAS

A associação entre padrões comportamentais e as DCI deve ser analisada segundo uma dupla perspectiva: por um lado, há que formular empiricamente o módulo de interrelação, e, por outro, há que compreender o conjunto dos fenómenos biológicos e neuroquímicos que estão na base do aparecimento ou agravamento de uma situação de coronariopatia a partir de um determinado tipo de comportamento.

Deste modo, se se formula a existência de uma relação entre o CTA e o emergir das DCI, será lógico esperar que nos indivíduos com este tipo de comportamento se manifestem certos parâmetros fisiopatológicos característicos dos vários quadros sindrómicos das cardiopatias isquémicas.

O primeiro passo nesse sentido deu-se com a

verificação da elevação da taxa plasmática de Colesterol em indivíduos submetidos a situações experimentais que induziam temporariamente modos de funcionamento muito semelhantes aos do CTA; esta descoberta, levada a cabo por Friedman em 1958, seria reconfirmada por Dreyfuss no ano seguinte, numa amostragem significativamente maior (Friedman, 1981).

A explicação para este fenómeno poderá eventualmente encontrar-se num mecanismo de diminuição da microcirculação hepática, provocado por uma intensa vasoconstricção mesentérica, sendo esta última provavelmente induzida pela libertação maciça de catecolaminas que ocorre nas situações de insuficiência/falência dos mecanismos componentes da reacção geral de adaptação.

Simultaneamente, a maioria dos indivíduos com CTA apresenta hipertrigliceridémia e hiperviscosidade sanguínea por agregação eritrocitária aumentada após ingestão de refeições ricas em conteúdo lipídico, com ocorrência ocasional de múltiplas obstruções trombóticas nos territórios microvasculares.

Paradoxalmente, este fenómeno fundamental para a teorização etiopatogénica das DCI tem sido sucessivamente negligenciado, apesar dos estudos demonstrativos já realizados (Pritikin, 1979).

Um outro terreno em que se verificam alterações fisiopatológicas relevantes é o Endocrinológico, particularmente a nível do eixo neuroendócrino hipotálamo-cortico-suprarrenal.

Sabe-se que os níveis plasmáticos de Norepinefrina se encontram elevados quer em indivíduos classificados como de tipo-A, quer em portadores de DCI clinicamente diagnosticada. No entanto, parece existir uma labilidade significativa nos valores séricos encontrados, em que os sujeitos tipo-A se revelariam mais reactivos (e por isso mesmo com doseamentos superiores) que os tipo-B apenas em situações de intenso stress emocional; Friedman e Byers deram um suporte considerável a esta observação quando demonstraram a não existência de diferenças entre as taxas de Norepinefrina medidas em indivíduos dos dois grupos, CTA e CTB, quer em período de sono, quer mesmo em repouso (Friedman e Byers, 1975).

Esta resposta neuroendócrina encontra-se intimamente relacionada com um modo de agir específico, em que as performances diárias se realizam num nível muito próximo da capacidade máxima individual, e

em que as mais banais actividades, inclusive de carácter lúdico, são encaradas de forma excessivamente competitiva, tão logo sejam vivenciados sentimentos de incontrolabilidade sobre o ambiente relacional.

Se a maioria dos trabalhos revistos aponta para o aparecimento de respostas adrenérgicas por mecanismos do CTA apenas em situações vivenciadas pelo próprio como excedendo a sua capacidade de adaptação homeo e egostática, Krantz demonstrou que mesmo sob o efeito de anestesia geral (no caso, para cirurgia de bypass aorto-coronário), havia uma correlação positiva entre a intensidade do CTA e a magnitude da elevação intra-operatória da pressão arterial sistólica.

Esta observação sugere, por isso mesmo, a existência de uma base psicobiológica para o CTA, já que as alterações fisiopatológicas se verificaram em períodos de não-consciência (Krantz e Arabian, 1982; Krantz et al., 1982).

Ainda no que se refere às catecolaminas verifica-se, pela pequena relevância em termos de literatura, que pouca atenção tem sido dada às variações da Epinefrina, em parte por razões conceptuais, em parte por dificuldades de ordem técnica.

Embora o aumento da secreção de Epinefrina faça parte da constelação de fenómenos decorrentes da resposta fisiológica a situações que alteram a homeostase quer física quer psiquicamente, Jenkins refere a existência de diferenças nas associações entre as duas catecolaminas já citadas e as várias expressões clínicas sob as quais se podem manifestar as coronariopatias.

Segundo este investigador, a cada um dos subgrupos de CTA por ele encontrados após a aplicação da J. A. S., corresponderia um dos dois binómios Epinefrina/Angina ou Norepinefrina/Enfarte (Cooper et al., 1981). No que respeita a outras alterações neuroendocrinológicas igualmente presentes em indivíduos tipo-A, são ainda de destacar:

- a secreção elevada de ACTH (ou Corticotrofina), provavelmente causada por uma insensibilidade relativa da glândula suprarrenal aos estímulos dos mediadores oriundos do Hipotálamo e da Hipófise;
- o aumento de síntese de MSH (ou Hormona Melanotrófica);
- a resposta hiperinsulinémica na prova de glucose oral;

- a não subida da taxa de Hormona do Crescimento na prova de infusão de Arginina, inversamente ao que acontece com os indivíduos de tipo-B;
- a síntese hipotética de uma substância quimicamente análoga ao ACTH, mas com propriedades de carácter endorfinico (Goldstein, 1979).

IV. COMPORTAMENTO TIPO-A E ATROSCLEROSE

A Aterosclerose é um processo progressivo iniciado em idades jovens, que resulta da interacção dinâmica de vários factores, tais como o tónus e a proliferação do músculo liso vascular, a actividade plaquetária e a hemodinâmica dos territórios microvasculares, entre outros.

Dados histopatológicos evidenciam que a aterogénese se inicia pela lesão da camada mais interna da parede arterial, a que se segue uma proliferação de tecido muscular de fibras lisas.

Simultaneamente a este último fenómeno, efectua-se uma deposição de material lipídico na parede do vaso, resultante da ligação de Lipoproteínas transportadoras de Colesterol e de Triglicéridos (LDL e HDL) aos receptores específicos expostos no estrato subendotelial da artéria (Bierman, 1987).

Dada a correlação estatística existente entre o CTA e a cardiopatia isquémica, é da maior importância a aquisição de conhecimentos que lancem luz sobre a possibilidade de um determinado padrão de comportamento poder funcionar como um factor etiológico da Aterosclerose.

No momento actual da investigação, não parece existir nenhuma base suficientemente documentada que demonstre haver uma relação de causalidade directa entre o CTA e aquele que se pensa ser o evento inicial de todo o processo patológico: a formação do ateroma.

Provavelmente, este tipo de comportamento agirá num nível mais posterior do curso do processo, promovendo talvez uma aceleração do mesmo.

Com efeito, se é simples e aliciante postular que o traumatismo mecânico, induzido pela vasoconstrição arterial, sob a influência de taxas adrenérgicas aumentadas através dos mecanismos atrás referidos, possa causar uma lesão da íntima e despoletar todo o

processo fisiopatológico, é ainda prematuro considerar inequivocamente as catecolaminas como os agentes primários desse mesmo processo (Mann & Brennan, 1987).

Um dos meios técnicos mais utilizados para correlacionar o processo aterosclerótico com o CTA tem sido a Coronariografia. Blumenthal encontrou percentagens semelhantes de CTA e de CTB num grupo de doentes cuja arteriografia mostrava lesões arterioescleróticas de gravidade média; quando analisou o grupo que apresentava lesões de alta gravidade, encontrou uma taxa de 90 % de indivíduos com CTA (Blumenthal, 1978).

Esta observação, conjuntamente com outros trabalhos com resultados concordantes (Williams, 1980) permitiu colocar a hipótese de que o processo aterosclerótico se desenvolveria e progrediria com maior celeridade nos indivíduos tipo-A do que nos de tipo-B.

No entanto, dados mais recentes parecem mostrar que poderá não haver qualquer relação significativa entre a presença de CTA e a gravidade das lesões arteriais visualizadas na coronariografia (Langluddecke, 1987).

O papel do CTA na etiopatogenia da aterosclerose coronária continua, por estes factores, a revestir-se de incertezas.

A investigação nesta área é particularmente complexa e recheada de dificuldades, dada a ausência dos meios tecnológicos que de forma clara e objectiva consigam definir o evento inicial.

Novas directrizes terão pois de ser definidas, de maneira a que se possam finalmente aclarar as eventuais interrelações entre o comportamento tipo-A e a aterogénese.

V. MODIFICAÇÃO DO COMPORTAMENTO TIPO-A

I. Perspectivas gerais

Dada a altíssima prevalência de complicações de coronariopatias nas tabelas de mortalidade do mundo ocidental, inúmeras tentativas têm vindo a ser desenvolvidas no sentido de se inverter esta situação, actuando preferencialmente nos já referidos factores de risco coronário.

A multiplicidade de orientações e de linhas de investigação totalmente diferentes, pese embora a sua importância como elemento promotor no aparecimento de novas e sedutoras pesquisas, tem originado uma assinalável dispersão de resultados e conclusões, tornando assim particularmente difícil a tarefa de unificação de conceitos e métodos; tarefa essa que se apresenta como condição imprescindível para a elaboração de qualquer protocolo final de intervenção.

Uma importante tentativa no âmbito desta estratégia de unificação foi levada a cabo pela Comissão de Saúde Mental dos EUA (1978), que procurou vincular os vários campos de investigação à necessidade de observar cinco pontos-chave:

- Identificação dos grupos de risco.
- Despiste e eliminação dos factores de risco.
- Diminuição real das taxas de morbilidade.
- Justificação orçamental.
- Normas éticas rígidas.

De acordo com estes parâmetros, vários estudos têm sido realizados, assumindo particular destaque a enunciação, por Levi, dos princípios gerais tendentes à redução da repercussão dos factores psicológicos na etiopatogenia e evolução das coronariopatias (Levi, 1981).

Nesta formulação, são considerados vários objectivos ideais:

- Macroestruturação comunitária.
- Microestruturação local, i. e., no ambiente laboral.
- Redução da vulnerabilidade individual (Psicoterapia e/ou Farmacoterapia).
- Adaptação à realidade.
- Intervenção na crise.
- Orientação profissional.

Focalizando mais esta problemática naquilo que concerne aos aspectos psicológicos que actuam como eventuais factores de risco na génese e manutenção das DCI, são de referir as iniciativas efectuadas no sentido de se conseguir uma modificação eficaz do CTA, nomeadamente nas suas vertentes fisiológicas, cognitivas e psicológicas.

Cabe aqui assinalar que as dificuldades sentidas para conseguir alterar hábitos de dieta, tabagismo e sedentarismo são maiores nos indivíduos de tipo-A que na restante população, dado que estas pessoas, por

condicionantes intrapsíquicos da sua própria personalidade, como que realizam uma denegação do carácter eminentemente patológico de tais comportamentos.

Assim, parece existir um receio profundo nestes indivíduos de que qualquer alteração dos seus modos habituais de funcionamento possa acarretar uma diminuição das capacidades de realização a nível profissional, e mesmo até a nível pessoal.

Na essência, é como se a impaciência e a hostilidade fossem as características necessárias para o sucesso, e por essa razão elevadas à altura de «boas qualidades», não podendo por isso mesmo ser perdidas.

Teoricamente, o risco de DCI tenderá a diminuir se houver possibilidade de reduzir a frequência, intensidade e duração das respostas características do CTA (Rosenman, 1981), sendo no entanto foco de grandes divergências a escolha relativa do método terapêutico mais eficiente para atingir tal resultado na prática.

Há algumas evidências que indivíduos tipo-A com história de enfarte de miocárdio, quando submetidos a programas de orientação comportamental, demonstram maiores alterações no seu modo de agir e apresentam menor taxa de reenfartes que grupos de controlo, em que a ênfase é posta essencialmente na dieta, no exercício físico e na aderência à medicação (Rosenman, 1981).

No entanto, as dificuldades encontradas nas tentativas de alteração do CTA são consideráveis.

A questão fundamental reside na necessidade de identificar os aspectos particulares deste tipo de comportamento que actuam de facto como factores etiopatogénicos no aparecimento das DCI, de modo a possibilitar o desenvolvimento de módulos terapêuticos adequados.

Para Glass, o CTA resultaria de um processo de internalização «exagerada» do desejo de controlo do meio relacional, e da ansiedade que sobreviria quando esse controlo fosse perdido (Glass, 1977).

Baseando-se neste conceito, Roskies realizou um screening em indivíduos com CTA, dos quais metade apresentava DCI clinicamente evidente: comparando a utilização de psicoterapia com a aplicação de técnicas comportamentais, não encontrou diferenças significativas quanto à eficiência de qualquer destes métodos na metade clinicamente assintomática; já no subgrupo com DCI diagnosticada, parecia haver uma melhoria mais notória com o uso das técnicas comportamentais (Roskies, 1978 & Roskies, 1979).

Uma outra abordagem foi efectuada por Thorensen num protocolo de cariz eminentemente cognitivo, cujo objectivo era o de tentar desenvolvêr nos pacientes a compreensibilidade sobre os efeitos do CTA no seu funcionamento psíquico; a aquisição desta cognição seria a fórmula utilizada posteriormente para efectuar as mudanças consideradas necessárias.

Com um grupo de controlo composto por indivíduos acompanhados por meios terapêuticos exclusivamente farmacológicos, verificou-se que havia alterações significativas do padrão de comportamento no grupo sujeito à Terapia Cognitiva ao contrário do que se passava nos restantes doentes do grupo de controlo.

Rahe (1979) comparou a Psicoterapia de Apoio com a reabilitação médica clássica numa população de doentes em situação clínica de pós-enfarte de miocárdio, servindo-se, para efeitos de correlação, do número de reenfartes.

A Psicoterapia incluía, entre outros itens, uma discussão das reacções à doença cardíaca e do receio de novos episódios semelhantes.

Os resultados demonstraram uma diminuição da taxa de reenfartes substancialmente significativa no grupo com acompanhamento psicoterapêutico relativamente ao grupo seguido com os cuidados médicos habituais no setting cardiológico (0 % vs 19 %), isto num *follow-up* de quatro anos.

2. Importância da Motivação: Espontaneidade vs Secundarismo

A adesão a um programa de modificação do CTA não é um processo pacífico por parte dos pacientes, por um conjunto de razões ainda não totalmente determinadas.

Esta problemática faz-se sentir com particular premência nos indivíduos tipo-A sem coronariopatia (pelo menos clinicamente diagnosticada), que exibem uma extraordinária relutância em aderir a qualquer módulo de intervenção terapêutica, independentemente das suas características, o que de certo modo está de acordo com o conhecido aforismo de que a motivação surgiria essencialmente a partir da experiência pessoal de um enfarte agudo de miocárdio.

Nesta situação crítica, há como que uma diminuição nítida das resistências reveladas em even-

tuais tentativas de abordagem psicoterapêutica anterior.

Com efeito, a vontade de modificar velhos e porventura perniciosos modos de funcionamento pode surgir com muita clareza no consciente individual do paciente, o que corresponde, portanto, ao aparecimento de uma motivação dotada de grande espontaneidade.

A que se deverá tão significativa transformação?

Para Friedman (1981), estariam em causa duas condicionantes:

- Por um lado, o indivíduo apercebe-se de que a sua assunção de imunidade relativamente ao enfarte não é mais do que um movimento de denegação da existência prévia de factores de risco para esse mesmo acontecimento.
- Por outro lado, a própria situação de crise favorece, no paciente, a evocação de alusões feitas anteriormente pelo clínico assistente ou até por familiares próximos, acerca dos efeitos deletérios de certos tipos de comportamento.

Se esta motivação aparece de forma mais ou menos espontânea numa percentagem muito elevada dos doentes com enfarte, há sempre um número apreciável de indivíduos em que tal evento não se verifica tão linearmente, tornando-se essencial nessa situação a actuação de um terapeuta.

Num primeiro tempo, será assegurado ao paciente que a modificação do seu tipo de comportamento não comprometerá em nenhum aspecto o seu desempenho profissional.

Esta medida tão simples pode tomar foros de uma verdadeira desmistificação (frequentemente difícil), caso o doente tenha estabelecido anteriormente uma relação de causa-efeito entre algumas das facetas anómalas do seu comportamento (impaciência, hostilidade, etc.) e o seu sucesso profissional.

Depois de ultrapassada esta dificuldade, e já num passo posterior, o doente poderá ser levado a reflectir, pelo terapeuta, sobre uma variada gama de actividades extra-profissionais eventualmente gratificantes, para as quais nunca terá estado nem atento, nem vocacionado.

Consegue-se, deste modo, criar a motivação imprescindível para a adesão à terapia, motivação essa que neste registo não surge espontânea mas sim secundariamente, no caso através do recurso à actuação de um terapeuta.

3. Metodologia na intervenção

Um dos aspectos que mais problemas tem levantado aos vários investigadores é o da imprescindibilidade da criação de uma linha de orientação metodológica que uniformize os múltiplos significados a ter em conta na elaboração de um protocolo de intervenção no CTA.

Assim, no que respeita ao despiste dos indivíduos com CTA no universo mais amplo dos pacientes atingidos por DCI, e mais especificamente nos aspectos relativos à utilização de Escalas, a maior parte da literatura é concordante nas referências sobre a maior potência da S. I. relativamente à J. A. S..

Existem, apesar disso, algumas dificuldades a resolver neste campo, dado que a S. I. pressupõe a utilização de uma escala nominal que distribui os elementos em estudo segundo um modelo um pouco rígido, não permitindo assim diferenças sensíveis entre os dois extremos do CTA, ou seja, entre indivíduos tipo-A extremo (A1), e outros mais próximos do tipo-B.

Outro aspecto saliente prende-se com o processo de selecção dos elementos para a intervenção terapêutica, processo esse que idealmente não deverá traduzir apenas as divergências das várias escolas de pensamento no que diz respeito à importância relativa entre os diferentes níveis de prevenção (secundária e terciária), mas que deverá, mais propriamente, ter em atenção os parâmetros específicos quer das características situacionais do indivíduo, quer das atitudes do próprio terapeuta.

VI. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Daquilo que foi referido, torna-se evidente que ainda existem dificuldades apreciáveis na análise e na metodologia de pesquisa dos vários aspectos do comportamento tipo-A.

Com efeito, os primeiros problemas surgem imediatamente ao nível da qualidade e segurança dos instrumentos utilizados na detecção e posterior mensuração dos diversos padrões comportamentais.

Os questionários, apesar do importante salto qualitativo que imprimiram ao desenvolvimento do conceito de CTA, não se têm mostrado totalmente satisfatórios. Para Friedman, tal facto estaria relacionado com três aspectos em particular:

- a aversão que os indivíduos do tipo-A demonstram em preencher qualquer espécie de questionário, respondendo invariavelmente de forma muito apressada, quase sempre sem terem efectuado uma adequada integração dos diferentes itens, atitude essa que terá por base as próprias características de impaciência e irritabilidade deste modo tão peculiar de funcionamento;
- o facto de estes indivíduos, ao aperceberem-se de que estão a ser avaliados em facetas da sua personalidade para as quais não estavam atentos, tenderem a moderar a exteriorização dessas características durante o período de duração do questionário, viciando assim de certa forma a espontaneidade das respostas;
- por último, a evidência de que em várias situações o contacto e a observação são suficientes para a detecção do CTA; num número significativo de casos a actividade psicomotora está aparentemente bem controlada no que respeita à sua exteriorização, tornando dessa forma o despiste bem mais problemático.

Se neste ponto for integrada a noção de que ainda não existem meios de demonstrar com segurança e exactidão quais os aspectos particulares do CTA mais relevantes para a obtenção de um *score* classificativo final, facilmente se concluirá da imprecisão relativa de que ainda se encontram revestidos os questionários a que aludimos anteriormente.

A não consideração do CTA como um constructo dotado de uma tipologia específica, mas sim como um continuum em que apenas variaria a intensidade das respostas psicomotoras, tem sido outro aspecto que também tem levantado alguns obstáculos a uma correcta avaliação do problema.

Contrariando esta negação da caracterização tipológica do CTA, Glass (1977) e Matthews (1981, 1982) descrevem e comparam o CTA e o CTB não como graus de diferente intensidade de uma mesma realidade, mas sim como dois constructos de características perfeitamente individualizadas, noção que, segundo estes autores, se afigura como a mais adequada para se proceder de forma correcta à avaliação das diferenças entre os vários tipos de comportamento.

Com base neste raciocínio, apresenta-se como tarefa da maior importância o reconhecimento dos componentes do CTA mais intimamente ligados à emergência de DCI.

Para Matthews (1986), os itens mais implicados seriam a irritabilidade e a hostilidade.

Mais recentemente, Hecker (1988) demonstrou que a hostilidade tem o papel principal na predição do aparecimento e agravamento das DCI, relativamente aos outros componentes do CTA.

Estes dados estão em concordância com os resultados das investigações de MacDougall (1985), em que se descreve a existência de uma correlação positiva entre a gravidade das lesões coronariográficas e o potencial de hostilidade em indivíduos de tipo-A.

Da análise destas linhas de investigação pode-se inferir a importância da modificação deste e muito provavelmente de outros componentes do CTA.

Para além das várias iniciativas nesse sentido já referidas, outras fórmulas têm vindo a ser utilizadas neste campo com resultados significativamente positivos, como é o caso da Psicoterapia de Grupo de Orientação Analítica, aplicada em indivíduos jovens com antecedentes de Enfarte Agudo de Miocárdio (Luís Soczka & Machado Nunes, 1989).

Relativamente à intervenção em indivíduos tipo-A sem história de coronariopatia, os técnicos deparam-se frequentemente com dificuldades originadas na falta de motivação, ao contrário do que acontece nos pacientes em situação de pós-enfarte de miocárdio, nos quais a motivação parece estar maximizada.

Explicações plausíveis para tal facto podem estar ligadas:

- ao «orgulho» que os indivíduos de tipo-A evidenciam relativamente às suas características pessoais, que encaram como qualidades de alto valor intrínseco, responsáveis pelos seus sucessos socioprofissionais, e que de modo algum querem ver modificadas;
- à convicção intuitiva de que, apesar da presença dos vários factores de risco coronário, a manifestação clínica só surgirá noutras pessoas que não o próprio (Síndrome do «other fellow», Friedman, 1981);
- à manifesta incapacidade de relacionar os aspectos do foro emocional com a emergência de cardiopatia isquémica.

Apesar destes obstáculos, que representam as dificuldades a que se encontra sujeito qualquer processo de conceptualização científica, é pertinente destacar a importante dimensão do material já hoje disponível

sobre este tema, o que será de valorizar tanto mais que o próprio conceito de CTA é, pelo menos do ponto de vista cronológico, relativamente recente. Do aprofundamento de alguns aspectos ligados ao despiste e quantificação dos vários componentes do CTA numa perspectiva eminentemente epidemiológica, e do desenvolvimento de novos módulos de modificação do modo de agir individual, poderão sair contribuições decisivas para a clarificação e integração das diferentes vertentes que constituem o comportamento tipo-A.

BIBLIOGRAFIA

- BERNET, A.; DRIVET-PERRIN, J.; BLANC M.; EBA-GOSTI A. e JOUVE A. (1982) — «Type A behaviour pattern in a screened female population». *Adv. Cardiol.*, 29: 96-105.
- BIERMAN (1983) — «Atherosclerosis and other forms of arteriosclerosis», in *Harrisons Principles of Internal Medicine*, 10.^a Ed., pp. 1465-1475. McGraw Hill.
- BLUMENTHAL, J. A.; WILLIAMS, R. B.; KONG, Y.; SCHAMBERG, S. M. e THOMPSON, L. W. (1978) — *Type A behaviour pattern and coronary atherosclerosis-Circulation*, 48: 634-639.
- BYRNE, D. G.; R. H. ROSENMAN, E.; SCHILER, M. A. e CHESNEY (1985) — «Consistency and variation among instruments purporting to measure the Type A Behavior Pattern». *Psychosom. Med.*, Vol. 47, n.^o 3.
- CAPLAN, R. D.; COBB, S. e FRENCH, J. R. P. (1985) — «Job Demands and Worker Health». Michigan, Research Report Series Institute for Social Research, 1980 in Byrne et al., *Psychosom. Medicine*, Vol. 47, n.^o 3.
- COOPER et al. (1981) — «Coronary-prone Behavior and Coronary Heart Disease: a critical review». *Circulation*, Vol. 63, n.^o 6.
- DUMBAR, H. F. (1943) — *Psychosomatic diagnosis*, Paul B. Hoeber, Inc., New York.
- EYSENCK, H. J. e FULKER, D. (1982) — «The components of Type A Behavior and its genetics determinants». *Activ. Nerv. Sup.*, Suppl. 3: 111-125.
- FRIEDMAN, H. S. e BOOTH-KEWLEY, S. (1987) — «Personality, Type A Behavior, and Coronary Heart Disease: The role of emotional Expression». *Journal of Personality and Social Psychology*, Vol. 53, n.^o 4, 783-792.
- FRIEDMAN, M. e ROSENMAN, R. H. (1959) — «Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings». *J. A. M. A.*, 169: 1286.
- FRIEDMAN, M.; BYERS, S. O.; DIAMANT, J. e ROSENMAN, R. H. (1975) — «Plasma catecholamine response of Coronary-prone subjects (Type A) to a specific challenge». *Metabolism*, 24: 205.
- FRIEDMAN, M.; THORENSEN, C. E. e GILL, J. (1981) — «Type A Behavior: its possible role, detection and alteration in patients with Ischemic Heart Disease in: Update V». *The Heart*, ed. Hurst. McGraw Hill, New York.
- GLASS, D. C. (1977) — «Behavior Patterns, Stress and Coronary Disease». *Hillsdale, NJ*: Erlbaum.
- GOLDSTEIN, A.; TACHIBANA, S.; LOWNEY, L. I. e HUNKEPILLER & HOOD, L. (1979) — «Dynorphin (1-13), an extraordinarily potent opioid peptide». *Proc. Natl. Acad. Sci., USA*, 76 (12), 6666.
- HAYNES, S. G. e FEINLEIB, M. & KANNEL (1980) — «The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study: III. Eight year incidence of coronary heart disease». *American Journal of Epidemiology*, 111, 37-58.
- HAYNES, S. G.; LEVINE, S.; SCOTCH, N. e FEINLEIB, M. & KANNEL (1978) — «The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham study: I. Methods and risk factors». *American Journal of Epidemiology*, 107, 362-383.
- HEBERDEN, W. (1772) — «Some account of a disorder of the breast». *Med. Trans. Coll. Phys.*, 2: 59, London.
- HUNTER, J. (1975) — In *Dictionary of National Biography* (The Compact edition), Oxford University Press, London, p. 1036.
- HECKER, H. L.; MARGARET, A. C.; CHESNEY, G. W. e BLACK & NANETTE FRAUTSCHI (1988) — «Coronary-Prone Behaviors in the Western Collaborative Group Study». *Psychosom. Med.*, 50: 153-164.
- HOWARD, J. H. e RECHNITZER, P. A. & CUNNINGHAM, D. A. (1975) — «Coping with job tension-Effective and ineffective methods». *Public Personnel Management*, 4: 317-326.
- JENKINS, C. D. e ROSENMAN, R. H. & ZYZANSKI, S. J. (1974) — «Prediction of clinical coronary heart disease by a test for the coronary-prone behavior pattern». *New England Journal of Medicine*, 23: 1271-1275.
- KEMPLE, C. (1945) — «Rorschach Method and Psychosomatic Diagnosis: Personality traits of patients with rheumatic disease, hypertensive cardiovascular disease, coronary occlusion and fracture». *Psychosom. Med.*, 7: 85.
- KRANTZ, D. S.; J. M. ARABIAN e J. E. DAVIA & J. S. PARKER (1982) — «Type A Behavior and Coronary Artery Bypass Surgery: Intraoperative Blood Pressure and Perioperative Complications». *Psychosom. Med.*, Vol. 44, n.^o 3.

- LANGELUDDECKE, P.; G. FULCHER e M. JONES & C. TENNANT (1988) — «Type A Behavior and Coronary Atherosclerosis». *J. Psychosom. Research*, 32: 77-84.
- LEVY, L. (1980) — «Prevention of stress-related disorders on a population scale». *Int. J. Mental Health*, 9: 9-26.
- LEVY, R. I. & FEINLEIB, M. (1980) — «Risk factors for coronary heart disease and their management», in E. Braunwald (ed.), *Heart Disease: a Textbook of Cardiovascular Medicine*, pp. 1247-1278.
- LUIF SOCZKA & MACHADO NUNES (1989) — «Redes de Suporte Social e Etiopatogenia do Enfarte de Miocárdio em Meio Urbano», in *Congresso de Medicina Psicossomática*, Algarve.
- MACDOUGALL, J. M.; DEMBROSKI, T. M.; DIMSDALE, J. E. e HACKETT, T. P. (1985) — «Components of Type A Behavior, hostility and anger-in: Further relationships to angiographic findings». *Health Psychol.*, 4: 137-152.
- MACHADO NUNES, J. e BAPTISTA, A. (1986) — «Metodologia de avaliação de factores de risco psicológico em estudo prospectivo multifactorial de doença vascular». *Rev. Port. Cardiol.*, 5: 511-514.
- MANN, A. H. & P. J. BRENNAN (1987) — «Type A Behavior Score and the incidence of cardiovascular disease: a failure to replicate the claimed associations». *J. of Psychosom. Research*, Vol. 31, n.º 6, pp. 685-692.
- MATTHEWS, K. A. (1982) — «Psychological Perspectives on the Type A Behavior Pattern». *Psychological Bulletin*, Vol. 91, n.º 2, 293-323.
- MATTHEWS, K. A. & GLASS, D. C. (1981) — «Stressful life events and their contexts», in B. P. Dohrenwend & B. S. Dohrenwend (Eds.), *Life stress and illness*. New York: Watson.
- MATTHEWS, K. A. & HAYNES, S. G. (1986) — «Type A Behavior Pattern and coronary risk: Update and critical evaluation». *Am. J. Epidemiol.*, 123: 923-960.
- MATTHEWS, K. A.; KRANTZ, D. S.; DEMBROSKI, T. M. e MACDOUGALL (1982) — «Unique and common variance in Structured Interview and Jenkins Activity Survey Measures of the Type A Behavior Pattern». *J. Personal. Soc. Psychol.*, Vol. 42, n.º 2, 303-313.
- MENNINGER, K. A. & MENNINGER, W. C. (1936) — «Psychoanalytical Observations in Cardiac Disorders». *Am. Heart J.*, 11: 10.
- OPPENHEIMER, B. S. & TOTHSCHILD, M. A. (1918) — «The Psychoneurotic factor in the "Irritable Heart of Soldiers"». *British Med. J.*, 11: 29-31.
- PRITIKIN, N. & MCGRADY, P. M. (1979) — *The Pritikin program for diet and exercise*, Grosset & Dunlap Inc., New York.
- ROSENMAN, R. H. et al. (1975) — «Coronary Heart Disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow-up experience of 8,5 years». *J. American Med. Association*, 233: 872-877.
- ROSENMAN, R. H. (1981) — *Psychosomatic risk factors and coronary heart disease: Indication for specific preventive therapy*. Hans Huber Publishers.
- RAHE, R. H.; WARD, H. W. & HAYES, V. (1979) — «Brief Group Therapy in myocardial infarction rehabilitation». *Psychosom. Med.*, 41: 229-242.
- ROSKIES, E. (1979) — «Considerations in developing a treatment program for the Coronary-prone (Type A) behavior pattern», in P. Davidson (ed.), *Behavioral Medicine: Changing Health Life Styles*, pp. 295-333, New York: Brunner/Mazel.
- SCHERWITZ, L. e BERTON, K. & LAVENTHAL (1977) — «Type A assessment and interaction in the behavior pattern interview». *Psychosom. Med.*, 39: 229-240.
- SCHUCKER, B. & JACOBS, D. R. (1977) — «Assesment of behavioral risk of coronary disease by voice characteristic». *Psychosom. Med.*, 39: 219-228.
- SPEILBERGER, C. D. e GORSUCH, R. L. & LUCHENE, R. (1970) — «State-trait Anxiety Inventory». *Palo Alto Consulting Psychologists Press*.
- TAVARES DE SOUSA (1981) — In Fundação Calouste Gulbenkian (Ed.): *Curso de História da Medicina*, pp. 317-331.
- THORENSEN, C. E.; FRIEDMAN, M. A. e GILL, J. & DIANE ULMER (1981) — «The recurrent coronary prevention project: initial findings», in *Rosenman: Psychosomatic risk factors and coronary heart disease: indications for specific preventive therapy*, Hans Huber Publishers.
- VON DUSCH (1981) — In *Rosenman: Psychosomatic risk factors and coronary heart disease: Indications for specific preventive therapy*, Hans Huber Publishers, p. 9.
- WILLIAMS, J. C. (1983) — *Practical observations on nervous and simpathetic palpitations of the heart, as well as on palpitation, the Result of Organic Disease*, J. Churchill: London, 1836, in *Skerrit: Anxiety and the heart. Psycholog. Med.*, 13: 17-25.
- WILLIAMS, R. B.; HANEY, T. L.; LEE, K. L.; KONG, Y. e BLUMENTHAL, J. A. & WHALEN (1980) — «Type A Behavior hostility and coronary atherosclerosis». *Psychosom. Med.*, 42: 539-549.

O Comportamento Tipo-A (CTA) é um constructo desenvolvido por Friedman e Rosenman na década de 50.

No presente trabalho, faz-se uma revisão da literatura sobre este tema segundo um modelo cronológico, partindo das primeiras tentativas de associação entre factores de ordem emocional e doença cardíaca isquémica no século XVII, e percorrendo os marcos mais significativos desta conceptualização até à actualidade.

Abordam-se igualmente os problemas relativos à detecção e mensuração do CTA, e à sua importância na eventual etiopatogénese da Aterosclerose Coronária.

Por último, faz-se o enfoque dos módulos utilizados na modificação do CTA, com destaque para o recurso à Psicoterapia de Grupo de Orientação Analítica.

Type A behaviour pattern (TABP) is a theoretical construct developed upon Friedman and Rosenman's researchs in the late fifties.

In this paper, the author presents a cronological review of this conceptualization, since the 18th Cent. until the latest releases in this matter.

Problems related to TABP detection, quantification and relationship with atherosclerosis are object of analysis and discussion, as well as the interventions used in the specific preventive therapy on this behaviour pattern.