

A RELAÇÃO ENTRE *STRESS*, PADRÃO TIPO A DE COMPORTAMENTO E CRENÇAS IRRACIONAIS*

Marilda E. Novaes Lipp**
Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Maria José Gomes da Silva Nery**
Centro Psicológico de Controle do Stress

Maria Auxiliadora Chelegon Curcio
Maria Rocha Pádua Pereira
Pontifícia Universidade Católica de Campinas

RESUMO - O presente trabalho avaliou a relação entre *stress* e duas fontes internas de *stress*: o padrão Tipo A de comportamento (Friedman & Rosenman, 1974) e crenças irracionais (Ellis, 1973). Cem pacientes que procuraram o treino de controle de *stress* no CPCS foram analisados em termos do nível de *stress* que apresentavam, o número e o tipo de crenças irracionais e a presença do padrão do Tipo A de comportamento. Observou-se que 73% dos pacientes foram classificados como Tipo A contra 27% classificados como Tipo B. Pacientes do Tipo A tinham um número maior de crenças irracionais. A crença mais freqüentemente exibida foi a de que "se deve ser absolutamente competente, inteligente e merecedor de todo o respeito". A variável sexo não fez diferença significativa nas comparações feitas. Verificou-se também que a maioria dos pacientes se encontrava na fase de resistência do *stress*. Os dados foram interpretados a favor da hipótese de que há uma correlação entre *stress*, Tipo A de comportamento e crenças irracionais.

THE RELATIONSHIP BETWEEN STRESS, TYPE A BEHAVIOR AND IRRATIONAL BELIEVES

ABSTRACT - The present study evaluated the relationship between stress and two internal sources of stress: Type A behavior pattern (Friedman and Rosenman, 1974) and irrational believes (Ellis, 1973). One hundred patients who had seeked stress management training at the CPCS were analysed in terms of their stress level, the number and type of irrational believes endorsed and the presence or absence of Type A

* Esta pesquisa foi parcialmente financiada pelo CNPq através de Bolsas de Aperfeiçoamento para as duas últimas autoras.

Agradecemos a colaboração das psicólogas Ana Silvia F. Romano e Maria Aparecida Covoian, por reverem e nos cederem os dados dos pacientes do CPCS. Agradecemos também ao Senhor Reinaldo Curcio pela cooperação prestada com o estudo computacional dos dados.

** Endereço: PUCAMP: Rua Villagelin Jr., 175, Cambuí, 13025, Campinas, SP; CPCS: Rua Hildebrando Siqueira, 44, Cambuí, 13023, Campinas, SP.

behaviors. It was found that 73% of the patients were classified as Type A, against 27% Type B. Patients who exhibited Type A behavior pattern had a greater number of irrational beliefs. The belief most often held was that "one should always be competent, intelligent and deserving of all respect". Sex had no significant difference in all comparisons and most patients were found to be at the resistance phase of stress. The data obtained was interpreted in favor of the hypothesis that there is a correlation between stress, Type A behavior pattern and irrational beliefs.

Stress e o Padrão Tipo A de comportamento são fenômenos que gradualmente têm recebido mais e mais atenção por parte dos cientistas da área da psicologia das consequências físicas e psicológicas que acarretam. O número mais recente do *American Psychologist* (out. 1990), por exemplo, contém nada menos do que três artigos sobre *stress* (Hatfield, 1990; Keita, 1990; e Levi, 1990).

No Brasil estes tópicos são ainda pouco estudados cientificamente e, portanto, é interessante ver como estes conceitos se desenvolveram em outros países.

Em 1936 Selye, pela primeira vez, usou o termo *Síndrome do Stress* ou *Síndrome geral de adaptação* para descrever as reações negativas do organismo a diversos estímulos. No mesmo artigo, ele propôs o nome de *reação de alarme* ou de *alerta* para designar as mudanças que ocorrem no organismo num primeiro momento, quando ele se depara com um estressor. Duas outras fases do *stress* foram também identificadas por Selye: a de resistência e da exaustão. Se, durante a fase de alerta, a exposição ao estressor for muito drástica, o indivíduo vem a perecer. Se ele consegue sobreviver, a reação inicial é seguida pela fase de resistência e ele se adapta temporariamente. Interessantemente, esta adaptação é perdida, se o organismo continuar a sofrer pressão em demasia e ele entra, então, na fase de exaustão caracterizada pelo desgaste ou perda de energia adaptativa. As reações bioquímicas de cada fase diferem significativamente e, portanto, é possível identificar em que fase de *stress* o organismo se encontra. Selye (1984) salienta que a energia adaptativa é finita e que várias doenças podem ocorrer quando ela está chegando ao fim, como enfarte, úlceras, problemas dermatológicos, etc.

Definições mais recentes indicam que *stress* é a reação que se tem a um evento diante do qual o organismo necessita fazer um esforço maior para se adaptar (Everly, 1990).

Tudo aquilo que possa, bem ou mal, manter o organismo em inquietude cria *stress* (Lipp, 1984; Lipp, Romano, Covolan e Nery, 1986).

Do mesmo modo que bons e maus eventos podem causar *stress*, a natureza da fonte de *stress* pode ser tanto de origem física (frio, fome, etc.) como psicológica. Pincus e Hoagland (1943) foram os primeiros a demonstrar a importância dos fatores psicológicos na indução do *stress*, quando comprovaram aumento de excreção de 17 corticosteróides em pilotos e instrutores de avião, após situação de vôos simulados. Um fator psicológico que parece estar diretamente relacionado a índices altos de *stress* é o que se refere ao Tipo A de comportamento. A noção de sua importância foi desenvolvida por dois cardiologistas, Meyer Friedman e Ray Rosenman (1974) após terem notado algumas características em comum em pacientes enfartados. Em uma de suas pesquisas iniciais nesta área foi perguntado a um grupo de homens de negócios o que achavam que causara o enfarte de seus amigos. Mais de setenta por cento

achava que era o excessivo impulso competitivo e o cumprimento de prazos, as principais características dessas pessoas que tinham tido problemas cardíacos. Em prosseguimento à sua pesquisa Friedman e Rosenman fizeram a mesma pergunta a um grupo de médicos que também afirmaram a mesma posição dos entrevistados anteriormente. Baseados nestas observações os pesquisadores puderam descrever todo um estilo de vida caracterizado pelo que denominaram *Comportamento Tipo A*. A característica central do comportamento Tipo A é a sensação de urgência de tempo, de haver muito o que fazer em pouco tempo. Há ainda outros aspectos deste comportamento, tais como: competitividade acentuada e polifasia (a habilidade de pensar ou fazer duas ou mais coisas ao mesmo tempo) e outras.

Estudos onde se encontrou correlação entre Tipo A e doenças coronárias foram feitos por Friedman e Rosenman (1959); Rosenman e Friedman (1961) e Rosenman Friedman, Straus, Wurn, Hank, Kositec e Werthessen (1964) e outros.

No estudo epidemiológico iniciado em 1960 pelo Western Collaboration Group Study, com 3.154 homens entre 39-59 anos de idade (Rosenman e col., 1964), todas as pessoas estavam com boa saúde no início do trabalho e foram estudadas quanto a todos os fatores de risco cardíacos por um período de oito anos e meio. Os resultados mostraram que, quando outras variáveis de risco foram isoladas, as pessoas classificadas como Tipo A nas entrevistas iniciais tinham duas vezes mais probabilidade de desenvolver doenças coronárias do que aquelas, classificadas de Tipo B (Rosenman, Brandy, Jenkins e outros, 1975). Além disto, a autópsia feita dos participantes que faleceram de enfarte demonstrou que os do Tipo A tinham arteriosclerose coronária mais pronunciada do que os outros (Friedman e col., 1968).

Estudo posterior conduzido por Haynes, Feinleib e Kannel (1960) confirmou esses dados com amostras de homens de 39-40 anos de idade, indicando que o padrão de comportamento Tipo A não só parece dobrar o risco de problemas cardíacos, mas também que o risco não diminui com o passar dos anos.

Desde então, inúmeros estudos foram realizados sobre os riscos inerentes ao padrão de comportamento Tipo A, tanto que o Painel de Análise de Doenças Coronárias e Comportamento de Risco, do National Institute of Health (Review Panel, 1981) concluiu, com base na evidência científica existente, que o comportamento Tipo A representa maior risco para doenças cardíacas do que idade, nível de colesterol ou fumo.

Apesar da existência de vários trabalhos que comprovam o envolvimento do Tipo A como fator de risco em doenças coronárias, a evidência está longe de ser conclusiva e existem controvérsias sobre vários aspectos do problema. Por exemplo, um estudo conduzido pelo National Heart, Lung and Blood Institute entre 1973 e 1982 (MRFIT Group, 1982) não encontrou correlação positiva entre Tipo A e doenças cardíacas. No entanto, uma análise posterior desta pesquisa feita por investigadores independentes através de gravações das entrevistas, demonstrou que pode ter havido um viés capaz de confundir os resultados. Aparentemente, neste estudo, os entrevistadores, involuntariamente, faziam as perguntas de modo a induzir determinadas respostas, o que teria invalidado a classificação das pessoas como Tipo A ou B.

Friedman e Rosenman (1974) levantaram certas características para se distinguir entre Tipo A e B de comportamento. O padrão de comportamento Tipo A é comum plexo de ação-e-emoção que pode ser observado em qualquer pessoa que se mostra agressivamente envolvida em uma luta crônica e incessante com o fim de conseguir cada vez mais, e em tempo cada vez menor, se solicitada - contra os esforços em contrário de outras pessoas ou coisas. Não se trata de psicose, neurose

ou obsessão, mas de uma forma de conflito socialmente reconhecida e até muitas vezes enaltecida. Esses indivíduos mostram-se também inteiramente propensos a exibirem uma hostilidade de natureza instável mas extraordinariamente racionalizada. É claro que existem gradações na intensidade deste padrão. E como ele representa uma reação a agentes ambientais desafiadores, se a pessoa estiver num ambiente onde não haja qualquer desafio, estes comportamentos poderão não ser sentidos ou mostrados.

A pessoa de padrão de comportamento Tipo B é exatamente o oposto do Tipo A. Raramente se vê atribulada pelo desejo de obter freneticamente um número crescente de coisas ou de participar de uma série cada vez maior de eventos num espaço de tempo cada vez maior. A inteligência de que é dotada poderá ser tão boa ou até melhor que a do indivíduo Tipo A. Sua ambição pode ser tão grande ou maior e também pode possuir considerável grau de *impetuosidade*, mas o seu traço característico é de tal ordem que lhe inculca firmeza, confiança e segurança, em lugar de instigá-la, irritá-la e enfurecê-la como acontece com o Tipo A.

Estudos mais recentes sugerem que talvez não seja o padrão global de comportamento Tipo A o verdadeiro fator de risco em doenças coronárias, mas sim alguns dos seus componentes (Case, Heller, Case e Moss, 1985; Dembroski, 1985). Segundo estes estudos, alguns indivíduos classificados como Tipo A podem não possuir todas as características do quadro e, dependendo destas características, podem ou não incorrer em maior risco de desenvolverem problemas cardíacos. Quais seriam as características mais marcantes, é uma questão ainda em aberto.

Vários autores sugerem que a característica mais nociva seja a raiva/hostilidade (Spieberger, 1979; Williams e col., 1980; Krantz e col., 1988) que tem maior correlação com doenças cardíacas. Friedman e Ulmer (1984) sugerem que o fator crítico é a sensação de urgência de tempo (pressa) do Tipo A. Wright (1988) sugere que há pelo menos dois fatores marcantes, a hostilidade e a pressa, na causalidade das doenças coronárias observadas nos indivíduos Tipo A.

Independente de qual fator seja responsável pela relação verificada entre Tipo A e as doenças coronárias, existe a necessidade de se estudar melhor o Tipo A a fim de que se possa desenvolver medidas para tratá-lo e também para agir na profilaxia do seu desenvolvimento, a fim de que não atinja níveis nocivos.

Quanto à causa ou desenvolvimento do comportamento Tipo A, há várias hipóteses. Embora exista uma pequena evidência de que algumas características do Tipo A possam sofrer alguma influência genética, como competitividade e impulsividade (Horn, Plomirs e Rosenman, 1976), de maneira geral há acordo entre os autores quanto ao fato de que o meio ambiente, incluindo as atitudes parentais, sejam o fator crítico na ontogênese do padrão Tipo A e que o mesmo se desenvolva na infância (Mathews, 1978).

Enquanto Mathews e Saal (1978) verificaram que há mais crianças do Tipo A de pais de nível educacional mais alto, Friedman e Ulmer (1984) enfatizam que a sua origem é a privação de amor e afeição por parte dos pais.

Lipp, Nery e Malagris (1988) notaram através de observações clínicas e cursos para executivos que um outro fator pode influenciar no desenvolvimento do comportamento Tipo A. Este fator, ligado ao meio ambiente, seria a ordem de nascimento do indivíduo, uma vez que observaram que boa parte dos indivíduos Tipo A são primogênitos. O primeiro filho pode ser submetido a grandes expectativas por parte dos pais em termos de maior responsabilidade. E este primogênito poderia assumir o papel de

adulto precocemente. Neste trabalho apontou-se que 42% dos Tipo A eram primogênitos ou filhos únicos (Lipp e col., 1988).

Na opinião destes autores, tudo o que uma pessoa fizer para reduzir esse comportamento Tipo A, reduzirá os riscos de enfarte; por isto, estudos nesta área tornam-se de vital importância no sentido de se entender melhor o comportamento Tipo A e de se desenvolver formas de evitá-lo e controlá-lo.

Rotman (1984) menciona que estudos recentes com animais e seres humanos demonstraram que o *stress* e outras emoções afetam as reações imunológicas e muitas funções vitais. Menciona também que o que é estressante para uma pessoa pode ser estimulante para outra e que é a maneira como a pessoa reage aos acontecimentos da vida, e não os acontecimentos em si, que influencia a suscetibilidade a doenças. Não lidar bem com a tensão pode prejudicar a capacidade de combater a enfermidade, enquanto que enfrentá-la adequadamente pode refletir uma *dureza psicológica* que protege. No entanto, Lipp (1984) observa que a suscetibilidade das pessoas ao *stress* varia dependendo da habilidade das mesmas em lidarem com os eventos estressores. Kobasa (1979) sugere a existência de um fator ao qual denominou de *hardiness* (resistência), que implica na habilidade de se lidar com estressores e que explica porque algumas pessoas adoecem e outras não, quando sujeitas ao mesmo nível de *stress*. Esse fator se relaciona a um conjunto de atitudes para com a vida, que envolve: 1) abertura para mudanças; 2) sentimento de envolvimento e comprometimento com o trabalho, a família, emprego, religião e/ou quaisquer empreendimentos realizados; 3) uma sensação de controle sobre os eventos.

De Longis, Folkman, Gruen e Lazarus (1985) oferecem um modelo de *stress* que se centraliza nas reações da pessoa a um estressor. Para eles o indivíduo reage de forma global: fisiológica, psicológica e comportamental nas situações de *stress*, em relação ao grau de ameaça percebido e em função de experiências passadas, sendo que a resposta do indivíduo é medida pelo seu *Sistema de Avaliação* que compreende processos cognitivos e emocionais.

Spielberger (1979) observou que um determinado estressor pode afetar diferentes pessoas de diferentes maneiras, dependendo das avaliações e interpretações individuais. Como o nível de *stress* experimentado pela pessoa depende em grande parte da interpretação que é dada ao evento (Ellis, 1973), isto é, das crenças que se tem quanto àquela situação, a pesquisa sobre interpretações e crenças, torna-se de grande importância para os trabalhos na área do *stress*, pois se sabe que crenças podem atuar como potentes fontes de *stress*.

Além disto, observou-se que indivíduos Tipo A têm auto-expectativas muito acima da média e que eles próprios não se apercebem de todas as exigências que se auto-impõem (Kelly e Stone, 1987). Suls, Bucker e Mullem (1981) verificaram que os indivíduos Tipo A parecem comparar seu desempenho sempre com o *desempenho ideal* e não com a média, atitudes estas que são baseadas nas crenças relativas à necessidade de ser perfeito e ter controle sobre tudo. Estas crenças, entre muitas outras, foram designadas por Ellis (1973) de *crenças irracionais* porque contrariam a lógica e a razão, já que correspondem a expectativas que são impossíveis de serem satisfeitas. Em suma, a literatura indica que o nível de *stress* do indivíduo, em dado momento, depende não só dos eventos externos (Holmes e Rahe, 1967), mas também do seu mundo interno (McGuigan, 1989) que é constituído de suas crenças, isto é, seu modo de ver a vida e reagir às ocorrências e de suas características de comportamento A ou B.

Frente aos vários aspectos mencionados, a presente pesquisa pretendeu avaliar e correlacionar o nível de *stress* dos sujeitos, seu Tipo A ou B de comportamento e suas crenças irracionais.

MÉTODO

Sujeitos

Foram levantados dados dos cem primeiros pacientes que procuraram o Centro Psicológico de Controle do Stress (CPCS). O CPCS é uma entidade que se dedica a pesquisas sobre o *stress* psicológico e ao seu tratamento desde 1985 em Campinas, São Paulo.

Os sujeitos (51 mulheres e 49 homens), com idades entre 25 e 45 anos, eram de classe sócio-econômica média-alta. Destes sujeitos, 11% tinham primeiro grau completo, 26% o segundo grau e 63% eram de nível universitário.

Dentro do referencial comportamental em que atua, o CPCS mantém dados detalhados sobre todos os casos tratados, o que inclui resultados de testagens, linha de base quanto a problemas identificados, plano objetivo de tratamento e avaliação final do trabalho realizado. Esta informação é mantida em pastas individuais que foram analisadas na obtenção dos dados aqui apresentados.

Total sigilo quanto aos nomes dos pacientes foi mantido, já que estes foram cobertos nas pastas, com fita crepe, pelas psicólogas do CPCS que fizeram o atendimento clínico, antes das pastas serem encaminhadas ao setor de pesquisa.

Material utilizado

Utilizou-se pastas de pacientes do CPCS, destacando-se os dados obtidos na entrevista inicial, dados clínicos quanto à fase do *stress* em que o paciente se encontrava, dados contidos em um formulário para compilação dos dados e material de testagem (Inventário do Comportamento Tipo A e Levantamento de Crenças Irracionais).

O material de testagem utilizado (Tipo A e Crenças) fornece informações sobre como a pessoa interpreta o seu mundo e como nele ela atua.

Inventário de Comportamento Tipo A

Este inventário conta com 10 afirmações que devem ser respondidas pela escolha *falso* ou *verdadeiro*, feita pelo paciente. Os itens foram elaborados por Lipp (1985) com base nas características do padrão Tipo A identificadas por Friedman e Rosenman (1974) e o conjunto das respostas indica se a pessoa possui o padrão de comportamento Tipo A, B ou misto dos dois. Este inventário se refere a três traços do padrão A de comportamento: pressa, hostilidade e polifasia (ou seja, a habilidade de pensar ou fazer mais do que uma coisa de cada vez). Itens típicos são:

- "*Sinto um vago desconforto ou remorso quando não estou fazendo nada*".
- "*Irrito-me com as pessoas que incluem muitos detalhes em sua fala*".

Inventário de Crenças

Este instrumento, composto de doze afirmativas em relação às quais o paciente deve responder *concordo*, *discordo* ou *não sei* (Quadro 1), foi elaborado com o fim de estudar as crenças irracionais descritas por Ellis (1973).

VOCÊ VAI LER ABAIXO 12 FRASES. COLOQUE NA COLUNA O QUE EXPRESSE MAIS DE PERTO A SUA PRÓPRIA OPINIÃO EM RELAÇÃO A CADA UMA DAS FRASES. EXPLIQUE O PORQUÊ:

C = Concordo; D = Discordo; N = Não sei

- 1) É extremamente necessário para um ser humano ser aprovado por todos, em tudo que faz ()
 - 2) Certos atos são terríveis e pecaminosos e, por isso, devem ser severamente punidos. ()
 - 3) É horrível quando as coisas não são exatamente do jeito que gostaríamos que fossem ()
 - 4) As desgraças do ser humano são causadas por pessoas e/ou eventos externos. ()
 - 5) Se alguma coisa pode ser perigosa ou amedrontadora, deve-se ficar extremamente perturbado por isso. ()
 - 6) É mais fácil evitar do que enfrentar as dificuldades da vida e as próprias responsabilidades. ()
 - 7) As pessoas sempre precisam de alguém mais forte do que elas próprias para se apoiar. ()
 - 8) Deve-se ser absolutamente competente, inteligente e merecedor de todo respeito. ()
 - 9) Porque algo afetou fortemente a vida de alguém um dia, vai continuar a afetá-lo indefinidamente. ()
 - 10) Deve-se ter um controle absoluto e perfeito sobre as coisas. ()
 - 11) A felicidade humana pode ser adquirida através da inércia e inação. ()
 - 12) Não se tem praticamente nenhum controle sobre as próprias emoções. Não se pode controlar as emoções que certos eventos nos causam. ()
-

Quadro 1 - Inventário de crenças.

PROCEDIMENTO

As psicólogas do setor de atendimento clínico antecipadamente cobriram com fita adesiva os nomes dos pacientes e outros dados que pudessem levar à sua identificação e, encaminharam as pastas ao setor de pesquisa do CPCS. As pesquisadoras, então, fizeram a revisão das pastas, compilando em uma folha os dados referentes ao nível de *stress*, comportamento Tipo A e crenças irracionais dos pacientes. Todas as informações contidas nas pastas haviam sido colhidas em entrevistas clínicas, onde a aplicação dos instrumentos psicológicos foi feita individualmente.

RESULTADOS

Verificou-se que, dos cem pacientes estudados, 73% eram do Tipo A de comportamento e 27% do Tipo B.

Avaliando os dados quanto ao Tipo de Comportamento, por sexo, verificou-se que 74,5% das mulheres e 71,4% dos homens testados eram do Tipo A de comportamento, indicando que no presente trabalho não houve diferença significativa (Teste Fisher Z) quanto ao sexo e Tipo de Comportamento A ou B. A maioria dos que procuraram tratamento, tanto homens como mulheres, eram do Tipo A de comportamento.

Nota-se que a classificação quanto ao tipo de comportamento (A, B ou A/B) havia sido feita pelas terapeutas do Centro Psicológico de Controle do *Stress*, de acordo com os resultados obtidos no inventário usado.

Para este trabalho juntamos os indivíduos A/B com os B porque quisemos comparar os Tipo A puros com os que aparentassem algumas características do Tipo B. Só no Quadro 3 apresenta-se os resultados subdivididos em Tipos A, A/B e B a fim de se ter uma visão mais detalhada dos dados.

Com relação ao nível de *stress* dos pacientes verificou-se que oito por cento deles, quando testados, estavam na fase de alerta do *stress*, tendo procurado o CPCS para um trabalho a nível de profilaxia, 79% estavam na fase de Resistência e 23% na fase de Exaustão do *Stress* (Tabela 1).

Tabela 1 - Tipos de comportamento e fase do *stress*

Fases do <i>Stress</i>		Fases do <i>Stress</i>			
		Alerta	Exaustão	Resistência	TOTAL
Tipo de Comportamento					
A	N	6	9	58	73
	% de N	6%	9%	58%	
	% de fase	8,2%	12,33%	79,4%	
B	N	2	4	21	27
	% de N	2%	4%	21%	
	% de fase	18,1%	27,8%	76,99%	
TOTAL		8%	13%	79%	100%

Comparando-se os Tipos A e B, verifica-se semelhança na distribuição quanto à fase do *stress* em que se encontravam.

A maioria dos sujeitos estava em Resistência (79% do total), não havendo diferença significativa (Teste Fisher Z) entre os Tipos A (79,4%) e B (76,99%) quanto a esta fase do *stress*. Na fase de Exaustão do *stress*, estavam 13% do total dos sujeitos, não havendo diferença significativa entre os Tipos A e B de comportamento.

Quanto às crenças irracionais destes pacientes, no global, constatou-se que as mais freqüentes são as crenças número 8 (*"Deve-se ser absolutamente competente, inteligente e merecedor de todo respeito"*), presente em 65% dos sujeitos; a número 3 (*"É horrível quando as coisas não são exatamente do jeito que gostaríamos que fossem"*) presente em 59% dos sujeitos; e a número 10 (*"Deve-se ter um controle absoluto e perfeito sobre as coisas"*), mantida por 51% dos sujeitos.

As crenças menos freqüentes são as de número 11 (*"A Felicidade humana pode ser adquirida através da inércia"*) com apenas 6% dos sujeitos; a de número 12 (*"Não se tem praticamente nenhum controle sobre as próprias emoções"*) presente em 18% dos sujeitos; seguida da crença número 6 (*"É mais fácil evitar do que enfrentar as dificuldades da vida e as próprias responsabilidades"*) com 23% dos sujeitos.

Quando se analisa as crenças irracionais de acordo com o tipo de comportamento, verifica-se que há diferença nas crenças mais freqüentes encontradas em cada grupo.

As crenças mais freqüentes do Tipo A de comportamento são as crenças número 8; número 10 e a número 3. Quanto aos sujeitos Tipo B, o resultado foi semelhante quanto às crenças número 8, porém a número 7 apareceu mais freqüente do que a crença número 10. A crença número 7 tem a seguinte transcrição: *"As pessoas sempre precisam de alguém mais forte do que elas próprias para se apoiar"*.

Quando se compara as crenças mais freqüentes entre homens e mulheres, não se encontra diferenças significativas (Teste Fisher Z). As crenças mais freqüentes em ambos os sexos são as crenças números 3, 8 e 10, acrescidas da crença número 4 entre as mulheres (*"As desgraças do ser humano são causadas por pessoas e/ou eventos externos"*).

Quando se analisa a quantidade de crenças em pessoas de cada Tipo de Comportamento (A ou B) verifica-se que o Tipo A apresentou mais crenças irracionais que o Tipo B. A média de crenças, no geral, dos sujeitos Tipo A foi de 4,64% e os do Tipo B foi de 2,88%.

Enquanto 25,9% dos pacientes Tipo B não apresentaram nenhuma crença, apenas 6,8% dos Tipo A estavam nesta mesma condição. Com três crenças ou mais encontramos 79,4% dos sujeitos Tipo A e 51,8% dos do Tipo B (Tabela 2). Esta diferença mostrou-se estatisticamente significativa ($Z = 2,8$; $p < 0,05$).

A Tabela 3 desdobra os dados obtidos, fornecendo informações referentes à média de crenças irracionais encontradas em homens e mulheres, de cada tipo de comportamento, separadamente, por fase do *stress* em que se encontravam. Nota-se que a variável sexo não foi relevante, já que o número de homens e mulheres é aproximadamente igual em cada fase e tipo de comportamento, isto é, encontra-se praticamente o mesmo número de homens e mulheres do Tipo A, B ou A/B em cada fase do *stress*.

Com relação ao número de crenças, verifica-se que as pessoas que procuram o CPCS para tratamento a nível de profilaxia e que se encontravam na fase inicial do *stress* (Alerta), apresentavam um número bem mais baixo de crenças irracionais, in-

Tabela 2 - Quantidade de crenças dos sujeitos em cada tipo de comportamento.

Quantidade de Crenças	Nenuma	3 crenças ou mais	5 crenças ou mais	8 crenças ou mais
Tipo de Comportamento				
A				
Número de sujeitos	5	58	35	11
%	6,8%	79,4%	47,9%	15%
B				
Número de sujeitos	7	14	6	3
%	25,9%	51,8%	22,2%	11%

dependente do sexo, quando comparadas com os pacientes que se encontravam em fase mais avançada de *stress*. A média de crenças das pessoas na fase de Alerta ficou em torno de 1,8, enquanto que na fase de Resistência a média das crenças estava em torno de 4,0 e na fase de Exaustão em torno de 4,2.

DISCUSSÃO

Como se pode constatar nos resultados do presente trabalho, da amostra de cem clientes que procuraram tratamento em controle do *stress*, 73% tinham o Tipo A de comportamento. Tal descoberta pode ser interpretada de vários modos que carecem de averiguação futura. Primeiro, é possível que o Tipo A seja mais vulnerável ao *stress*, oriundo de suas próprias características de personalidade, como por exemplo: hostilidade, pressa, competitividade, pensar e/ou fazer duas ou mais coisas ao mesmo tempo e outras, conforme proposto por Friedman e Rosenman (1974). Por outro lado, pode ser que, simplesmente, o Tipo A tenha uma maior abertura ou motivação para procurar auxílio psicológico, ou que exista um número maior de pessoas do Tipo A, pelo menos na cidade onde a pesquisa foi realizada.

Seria interessante comparar clientes do CPCS que procuram terapia em geral, em oposição ao controle do *stress* especificamente para se verificar se estes pacientes são também em sua maioria Tipo A. Tal pesquisa seria útil para determinar as porcentagens de Tipo A e Tipo B de pacientes em terapia ou na população em geral.

Outro ponto que merece ser destacado é que dos clientes que procuraram tratamento para controle do *stress*, 51% eram mulheres e 49% homens; por observações clínicas, constata-se que a grande maioria das pessoas que procura tratamento psicológico, no geral, são mulheres; dado este que não se confirma quando se trata de controle do *stress*. Isto talvez porque os homens resistam menos a procurar ajuda quando se trata de *controle do stress* que, provavelmente, tenha para eles uma conotação de algo diferente, haja visto alguns artigos que enfatizam que o "*stress* é o

Tabela 3 - Fases do *stress*, sexo dos sujeitos, tipos de comportamento e média de crenças irracionais.

Fase	Sexo	Tipo de comportamento	Número pessoas	Média crenças
	Feminino	A	30	4,43
		AB	5	4,80
		B	6	3,67
	TOTAL	41		
	Masculino	A	28	5
		AB	8	0,75
		B	2	5,50
	TOTAL	38		
	Feminino	A	5	5,80
		AB	1	0,00
		B	1	6,00
	TOTAL	7		
	Masculino	A	4	5,75
		AB	2	3,50
		B		
	TOTAL	6		
	Feminino	A	3	2,67
		AB		
		B		
	TOTAL	3		
	Masculino	A	3	2,0
		AB		
		B	5	
	TOTAL	5		

mal dos competentes"; tirando também o estigma de se ter algum problema psicológico ou emocional.

Quanto à fase do *stress*, verificou-se que 8,2% dos Tipo A e 18,1% dos Tipo B se encontravam em fase de Alerta. Isto talvez signifique que menos sujeitos Tipo A procurem tratamento a nível preventivo, só buscando numa fase mais adiantada, a de Resistência. Nesta fase do *stress*, como afirma Selye (1956), a pessoa sente um mal estar sem causa específica, e experimenta problemas de concentração e memória, que foram os sintomas encontrados nas queixas constantes das pastas dos pacientes diagnosticados como estando em fase de Resistência. Tais sintomas certamente interferem no desempenho profissional de qualquer pessoa. Como para os indivíduos Tipo A o desempenho profissional é muito importante, talvez eles tendam a procurar mais ajuda, quando ocorrem os sintomas desta fase do *stress* - a de Resistência.

No que se refere às crenças irracionais, notou-se que as mais freqüentes dizem respeito a *ser competente* e *exercer controle sobre os acontecimentos* (crenças número 3, 8 e 10). Isto denota que as pessoas testadas que procuraram tratamento em controle do *stress* apresentavam uma fonte interna de *stress* muito potente, isto é, acreditar e almejar metas impossíveis de se obter: ser sempre competente e inteligente e ter um controle absoluto sobre os acontecimentos, frustrando-se ou deixando-se afetar muito emocionalmente quando isto não ocorre.

As crenças menos freqüentes (números 11, 12 e 6) denotam que a maioria dos sujeitos acredita que se deve atuar nas situações, enfrentando dificuldades, perseguindo metas e exercendo controle de suas emoções. Isto porque poucos deles crêem que *é mais fácil evitar as dificuldades*, que *a felicidade pode ser adquirida através de inércia*, e de que *não se tem controle sobre as emoções*.

Além disto, constatou-se que os indivíduos do Tipo A apresentam maior número de crenças irracionais do que os do Tipo B. Por mais este fator, levanta-se a hipótese de que os indivíduos do Tipo A sejam mais vulneráveis ao *stress*, já que estas crenças acrescentam níveis altos de *stress* à vida das pessoas.

Aqui, levanta-se também uma outra questão: as crenças irracionais colaboram para que as pessoas desenvolvam comportamento Tipo A ou as características de comportamento Tipo A levam a ter mais crenças irracionais?

Como enfatizado por Ellis (1973), a socialização da criança provavelmente corre substancialmente para que as pessoas adquiram estas crenças no decorrer da vida. No que toca à aquisição do padrão de comportamento Tipo A, existe ainda grande polêmica quanto a se é um traço geneticamente determinado ou se é aprendido, embora haja maior evidência a favor da hipótese de que seja o produto de influências ambientais, conforme revisto por Rosenman e Chesney (1984).

Pesquisas futuras deverão focalizar mais detalhadamente a contribuição destas duas variáveis.

Confirmando o fato de que crenças irracionais são potentes fontes internas de *stress*, notou-se que os sujeitos que estavam na fase de Alerta do *stress* apresentavam uma média de 1,8 crenças enquanto que os na fase de Resistência apresentavam 4,0 e os na fase de Exaustão, 4,2. Além disto, pode ser que as pessoas com a crença de que se deve ser sempre competente e inteligente e que se deva exercer controle sobre os eventos, julguem-se mais auto-suficientes e só procurem ajuda em fases mais adiantadas do *stress*, após tentarem resolver o problema por si mesmas.

Ocorreram neste levantamento, portanto, constatações de que os indivíduos Tipo A são mais vulneráveis ao *stress* e apresentam maior número de crenças irracionais.

Outros estudos se tornam de grande importância para se detectar a ontogênese do comportamento Tipo A. Tal conhecimento possibilitará o tratamento mais eficiente dos pacientes com este tipo de queixa. Além disto, pesquisas e estudos mais profundos sobre crenças irracionais, como são aprendidas, e como interferem na vida do indivíduo acrescentando *stress*, assim como formas mais adequadas de modificá-las, também seriam de grande utilidade científica na área de psicologia clínica.

REFERÊNCIAS

- Case, R., Heller, S., Case, N., & Moss, A. (1985). Type A behavior and survival after acute myocardial infarction. *New England Journal of Medicine*, 312, 737-742.
- De Longis, A., Folkman, S., Greun, R., & Lazarus, R. S. (1985). Stress and adaptational outcomes: The problem of confounded measures. *American Psychologist*, 40(7), 770-779.
- Dembroski, T. (1985). Components of Type A, hostility and anger-in: Relationship to angiographic findings. *Psychosomatic Medicine*, 47, 219-233.
- Ellis, A. (1973). *Humanistic psychology: The rational-emotive approach*. N. Y.: Julian.
- Everly, G. S. Jr. (1990). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. N. Y.: Plenum Press.
- Farber, S. (1984). Genetic diversity and differing reactions to stress. Em L. Goldberger, & S. Breznitz (Orgs.). *Handbook of stress*. N. Y.: Free Press. Pp. 123-133.
- Friedman, M., & Rosenman, R. H. (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. H. (1974). *Type A behavior and your heart*. N. Y.: A Fawcett Crest Book.
- Friedman, M., Rosenman, R. H., Straus, R., Wurm, M., & Kositchek, R. (1968). The relationship of behavior pattern A to state of coronary vasculature: A study of fifty-one autopsy subjects. *American Journal of Medicine*, 44, 525-537.
- Friedman, M., & Ulmer, D. (1984). *Treating Type A behavior and your heart*. N. Y.: Alfred A. Knopf.
- Hatfield, M. (1990). Stress and the american worker. *American Psychologist*, 10, 1162-1164.
- Haynes, S. G., Feinleib, M., & Kannel, W. B. (1960). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study. *American Journal of Epidemiology*, 3, 37-58.
- Holmes, T. H., & Rahe, R. E. (1967). The Social Adjustment Rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Horn, J. M., Plomirs, R., & Rosenman, R. (1976). Heretability of personality traits in adult male twins. *Behavior Genetics*, 6, 17-20.
- Keita, G. P., & Jones, J. M. (1990). Reducing adverse reaction to stress in the workplace. *American Psychologist*, 45(10), 1137-1141.
- Kelly, K. R., & Stone, G. L. (1987). Effects of three psychological treatments and self-monitoring on the reducing of Type A behavior. *Journal of Counseling Psychology*, 34(1), 46-54.

- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality & Social Psychology*, 37, 1-11.
- Krantz, D. S., Contrada, R. J., Hill, D. R., & Friedler, E. (1988). Environmental stress and biobehavioral antecedents of coronary heart disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56 (3), 333-341.
- Levi, L. (1990). Occupational stress: spice of life or kiss of death? *American Psychologist*, 45(10), 1142-1145.
- Lipp, M. N. (1985). Stress e suas implicações. *Estudos de Psicologia*, 3, 5-19.
- Lipp, M. N., Romano, A. S., Covolan, N. A., & Nery, M. J. (1986). *Como enfrentar o stress*. São Paulo: Icone Campinas: UNICAMP.
- Lipp, M. N., Nery, M. J., & Malagris (1988). Padrão de Comportamento Tipo A. *Estudos de Psicologia*, 5(2), 52-63.
- Matthews, K. A. (1978). Assessment and developmental antecedents of the coronary prone behavior pattern in children. Em T. M. Dembroski (Org.). *Coronary Prone Behavior*. N. Y.: Springer.
- Matthews, K. A., & Saal, F. E. (1978). The relationship of the Type A coronary prone behavior pattern to achievement, power, and affiliation motives. *Psychosomatic Medicine*, 40, 631-636.
- McGuigan, F. J. (1989). Managing internal cognitive and external environmental stresses through progressive relaxation. Em F. J. McGuigan, W. E. Sime, & M. Wallace (Orgs.). *Stress and tension control*. N. Y.: Plenum Press. Pp. 3-12.
- MRFIT Group (1982). Multiple risk factor intervention trial: Risk factor changes and mortality results. *Journal of American Medical Association*, 248, 1465-1477.
- National Institute of Health - NIH - Review Panel (1981). Coronary - prone behavior and coronary heart disease: A critical review. *Circulation*, 63, 1200-1215.
- Pincus, G., & Hoagland, H. (1943). Steroid excretion and the stress of flying. *Journal of the American Medical Association*, 14, 173.
- Rosenman, R. H., & Friedman, M. (1961). Association of specific behavior pattern in women with blood and caradiovascular findings. *Journal of the American Medical Association*, 24, 1173-1184.
- Rosenman, R. H., Friedman, M., Straus, R., Wurn, M., Hanh, W., Kositchek, R., & Werthessen, N. T. (1964). A predictive study of coronary heart disease: The Western Collaborative Group Study. *Journal of the American Medical Association*, 189, 15-22.
- Rosenman, R. H., & Chesney, M. A. (1984). Stress, Type A behavior, and coronary disease. Em L. Goldberger, & S. Breznitz. (Orgs.). *Handbook of stress*. N. Y.: The Free Press. Pp. 547-565.
- Rosenman, R. H., Brandy, R. J., Jenkins, C D., Friedman, M., Straus, R., & Wurm, M. (1975). Coronary heart disease in the Western Collaborative Group Study: Final follow-up 8 1/2 years. *Journal of the American Medical Association*, 233, 872-877.
- Rotman, F. (1984). *A prevenção do infarto para nervosos*. Rio de Janeiro: Record.
- Selye, H. (1936). A syndrome produced by diverse nocuous agents. *Nature*, 138, 32.
- Selye, H. (1956). *The Stress of Life*. Stress. New York: McGraw-Hill.
- Selye, H. (1984). History and present status of the stress concept. Em L. Goldberger. (Org.). *Handbook of Stress*. N. Y.: The Free Press. Pp. 7-17.

- Spielberger, C. (1979). *Understanding stress and anxiety*. N. Y.: Harper and Row.
- Suls, J. M., Bucher, A., & Mullem, B. (1981). Coronary prone behavior, social insecurity and stress among college-aged adults. *Journal of Human Stress*, 7, 27-34.
- Williams, R. B., Thomas, T. L, Lee, K. L, Kong, Y., Blumenthal, J. A., & Whalen, R. E. (1980). Type A behavior, hostility, and coronary atherosclerosis. *Psychosomatic Medicine*, 42, 539-549.
- Wright, L. (1988). The Type A behavior pattern and coronary artery disease. *American Psychologist*, 43 (1), 2-14.

Recebido em 01/03/90.

