



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Carolina de Medeiros Paquete

**PERSONALIDADE E
DOENÇA DE ALZHEIMER**

Dissertação no âmbito do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde
(área de subespecialização Psicogerontologia Clínica) orientada
pela Professora Doutora Margarida Pedroso de Lima e apresentada
à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade
de Coimbra.

Outubro de 2020

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Personalidade e Doença de Alzheimer

Carolina de Medeiros Paquete

Dissertação no âmbito do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde (área de subespecialização Psicogerontologia Clínica) orientada pela Professora Doutora Margarida Pedroso de Lima e apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Outubro de 2020



UNIVERSIDADE DE
COIMBRA

Agradecimentos

Aos meus pais que tornaram possível a concretização deste objetivo e continuam a apoiar e a acreditar nas minhas escolhas.

Ao meu namorado, amigas do coração e restante família que, embora longe, funcionaram como uma equipa de suporte disponível 24h.

À família que Coimbra me ofereceu, um apoio emocional e académico imprescindível e até inspirador.

A todos os docentes que cruzaram a minha caminhada académica. Em especial à Professora Margarida Lima, que me abriu as portas à descoberta da prática psicológica e me assistiu na conclusão desta etapa, início de muitas mais.

Resumo

A análise da personalidade pré-mórbida e respetivas alterações ao longo do tempo, associadas ao declínio cognitivo ligeiro (DCL) e ao desenvolvimento de quadros demenciais, têm sido objecto de estudo de várias investigações nos últimos anos. Contudo, a compreensão plena da relação existente entre construtos abrangentes como “personalidade” e “doença” é dificultada pelo envolvimento de múltiplos mecanismos de influência tais como disfunções fisiológicas, comportamentos saudáveis e estratégias de *coping*. Com base no Modelo dos Cinco Grandes Fatores (FFM), a literatura apresenta um certo consenso quando associa níveis superiores de Neuroticismo (N) e inferiores de Conscienciosidade (C) a uma maior probabilidade de incidência da Doença de Alzheimer (DA) na idade avançada. O estudo e avaliação da personalidade no contexto da DA parecem ter um papel de crescente importância, não só na promoção do conhecimento etiológico mas também nas áreas do diagnóstico precoce, tratamento de sintomas e delineamento de estratégias de prevenção. Pretende-se, então, explorar esta relação integrando uma proposta de investigação na área e uma reflexão acerca dos possíveis contributos do estudo da personalidade para a prática clínica em termos de entendimento, prevenção e atuação na DA. Ressaltando que a consideração clínica de características psicológicas individuais promoverá e facilitará a prevenção em termos de: 1) prever a vulnerabilidade patológica junto de indivíduos saudáveis; 2) intervir no curso da patologia com pacientes já diagnosticados.

Palavras-Chave: Revisão; Doença de Alzheimer; Personalidade pré-mórbida; *Big 5*; Processo saúde-doença;

Abstract

The assessment of premorbid personality and its changes over time, associated with mild cognitive impairment (MCI) and the development of dementia, has been subject of study of several investigations in latter years. However, the full understanding of the existing relation between broad constructs such as “personality” and “disease” is hampered by the involvement of multiple mechanisms of influence, such as physiological dysfunctions, healthy behaviours and coping strategies. Based on Five Factor Model (FFM), literature presents a certain agreement when associating higher levels of Neuroticism (N) and lower levels of Conscientiousness (C) to a greater probability of incidence of Alzheimer’s Disease (AD) in elderly age. The study and evaluation of personality in the context of AD suggest an increasing role of importance not only in promoting etiological knowledge, but also in matters of early diagnosis, symptom treatments and delineation of prevention strategies. Thus, it is intended to explore this relation by integrating a research proposal in the field and a reflection about the possible contributions of the study of personality to the clinical practice in terms of understanding, prevention and action on AD. Emphasizing that the clinical consideration of individual psychological characteristics will promote and facilitate prevention in terms of: 1) predicting pathological vulnerability among healthy individuals; 2) intervene in the course of the disease with patients already diagnosed.

Keywords: *Revision; Alzheimer’s Disease; Premorbid personality; Big 5; Health-disease process.*

Índice

Agradecimentos.....	3
Resumo.....	4
<i>Abstract</i>	5
Índice.....	6
Introdução.....	7
Personalidade e Saúde.....	11
Modelo dos Cinco Grandes Fatores.....	13
Mecanismos de Influência	17
Patogénese	17
Comportamentos Saudáveis.....	20
Estratégias de <i>Coping</i>	23
Doença de Alzheimer e Fatores de Risco.....	27
Personalidade Pré-Mórbida e Desenvolvimento da Doença de Alzheimer	31
Neuroticismo.....	33
Conscienciosidade	36
Estudo da Personalidade e Prevenção na Doença de Alzheimer	39
Projeto de Investigação	44
Conclusão.....	51
Bibliografia.....	53

Introdução

Atualmente vivemos uma época rica em desafios complexos e imprevisíveis para a saúde pública. Deparamo-nos com dificuldades, colossais e globais, como as alterações climáticas e a proliferação da pandemia de COVID-19. Estas que, pelo mundo inteiro, geram repercussões significativas ao nível da saúde mental e física, inevitavelmente relacionadas entre si. Tais problemáticas, experienciadas e decifradas de forma colectiva pelo globo, parecem promover, agora mais que nunca, a reflexão sobre o futuro. Tendo em consideração a incerteza dos seus contornos e as mudanças necessárias a realizar, em coletivo, a favor da nossa própria existência e bem-estar. Neste âmbito, e ao reflectimos sobre o “depois”, podemos e devemos ter em consideração uma tendência mais certa: o contínuo avanço do envelhecimento populacional a nível global. Este que implicará, cada vez mais, mudanças profundas a nível de políticas, cuidados e perceções de saúde.

Com o aumento da esperança média de vida e, sendo a idade um dos principais fatores de risco ao desenvolvimento de quadros demenciais, é expectável um acréscimo significativo de casos de Doença de Alzheimer (DA) no futuro. Este aumento justifica, de forma crescente, a investigação sobre a etiologia e o decurso desta patologia com fim a facilitar o diagnóstico e possíveis estratégias de prevenção e intervenção. É, na reflexão acerca dos fatores predisponentes ao desenvolvimento e curso da DA que surge a hipótese do estudo de variáveis personológicas. O recurso à Psicologia da Personalidade como coadjuvante na explicação da doença e da saúde tem uma longa história (Costa & McCrae, 1987; Friedman, 2008). Mais especificamente, a análise da personalidade pré-mórbida e as alterações da mesma, associadas ao Declínio Cognitivo Ligeiro (DCL) e ao desenvolvimento da DA têm sido objecto de estudo de várias investigações nos últimos anos (Duchek *et al.*, 2007; Terracciano *et al.*, 2014/2017; Luchetti *et al.*, 2015; D'Iorio *et al.*, 2018).

A literatura aponta diferentes indícios que suportam e incentivam o estudo desta patologia através do conhecimento da Psicologia, nomeadamente a Psicologia da Personalidade. Por um lado, as alterações da personalidade parecem surgir como um potencial e útil marcador clínico aquando da deteção precoce de patologias demenciais (Henriques-Calado *et al.*, 2016). Por outro lado, o estudo dos traços de personalidade de pacientes diagnosticados com a DA pode ser essencial na implementação mais adequada de estratégias de intervenção e facilitação da interacção entre o paciente e equipa técnica (D'Iorio *et al.*, 2018). E ainda, podemos referir o tópico abordado de forma mais aprofundada no presente estudo: a consideração dos traços da personalidade pré-mórbida como possíveis fatores de risco ao desenvolvimento da DA na idade avançada. Efetivamente, os perfis personalísticos parecem ter um papel de crescente importância na promoção do conhecimento etiológico, tratamento de sintomas e delineamento de estratégias de prevenção. Ademais, com o avanço das Neurociências prevê-se o contínuo progresso no teste e aprimoramento de teorias já formuladas no âmbito dos traços de personalidade (DeYoung, 2010) promovendo-as com suporte empírico, relevância e aplicabilidade clínica.

Gordon Allport, nos primórdios da Psicologia da Personalidade, definiu o construto personalidade como uma “organização dinâmica, dentro do indivíduo, dos sistemas psicofísicos, que determina a sua adaptação única ao ambiente” (Allport, 1937, p.48), sublinhando a importância de um olhar integrador e holístico no estudo da mesma. No entanto, a sua opção de escolher os traços como a unidade de análise da personalidade veio marcar toda a investigação posterior neste domínio. E, apesar de, ao longo do tempo, vários autores terem formulado diferentes definições e abordagens ao estudo da personalidade (Freud, 1905; Allport, 1937; Eysenck, 1952; Cattell, 1965; Bandura, 1977 *cit in* Boeree, 2006), a definição de personalidade como um conjunto de traços que predis põem o indivíduo a agir de determinada forma em diferentes situações e ao longo da vida adulta mantém-se atual e

empiricamente sólida. Costa & McCrae (1992) apresentam uma compreensão dos traços de personalidade como características psicológicas estáveis e capazes de definir, em grande parte, a forma como as pessoas experimentam o mundo. Predizendo, desse modo, o impacto e consequências que essa forma de reagir ao ambiente terá nas diferentes dimensões da vida do indivíduo incluindo a sua própria saúde.

Os *Big Five*, indicados no Modelo dos Cinco Grandes Fatores (FFM), surge como resultado de um aglomerado de evidências e contributos de diferentes autores ao longo do tempo (Fiske, 1949; Norman, 1967; Smith, 1967, Goldberg, 1981; Costa & McCrae, 1987 *cit in* Cherry, 2020). Este modelo hierárquico permite compreender de forma cabal a personalidade a partir de uma estrutura consistente de amplas dimensões identificadas pelo acrónimo OCEAN (*Openness, Conscientiousness, Extraversion, Agreeableness e Neuroticism*). O modelo FFM é operacionalizado pelo Inventário de Personalidade NEO – Revisto (NEO-PI-R; Costa & McCrae, 1992; Lima & Simões, 2000) que, em termos globais, é a escala mais utilizada em investigações que relacionam traços de personalidade ao desenvolvimento e curso de quadros demenciais como a DA (Henriques-Calado & Duarte-Silva, 2020). Considerando a personalidade como uma combinação de traços com relativa consistência de resposta ao meio e estabilidade ao longo do tempo, é previsível a sua utilidade na investigação em diferentes áreas. Nomeadamente, na abordagem a questões relacionadas a comportamentos, hábitos e padrões de reação que afetam, de forma directa ou indirecta, o caminho para a saúde ou doença.

O papel da Psicologia dos Traços no ramo da Psicologia da Saúde tem em especial foco “como” e “quais” os traços de personalidade, ou a interacção entre os mesmos, influenciam específicos resultados de saúde. Kern e Friedman (2011) destacam os comportamentos de risco e, em contraste, os protetores como os vínculos mais óbvios entre a personalidade e saúde. E identificam outros possíveis mecanismos de influência como o

impacto do número e qualidade de relações sociais estabelecidas, a seleção de situações e a reação a desafios e ao *stress* psicofisiológico. Salientando que a personalidade parece influenciar os hábitos, comportamentos, relacionamentos, seleção e avaliação de experiências e resposta a situações ameaçadoras (Capitania, 2008; Friedman, 2008; Kern & Friedman, 2011). Os autores não deixam de parte a influência da genética na construção da personalidade, assim como, as experiências de vida precoces, doenças e relações sociais e culturais estabelecidas ao longo da vida dos indivíduos. O que corresponde ao que a literatura assume na sua generalidade: a personalidade é um construto útil e relevante na compreensão do desenvolvimento patológico, mas as vias pelas quais atua, são múltiplas, complexas e interrelacionadas.

A personalidade, como um construto implicitamente associado à DA, constitui um amplo e importante campo de investigação no estudo desta patologia. E assim sendo, a presente revisão da literatura terá o objetivo de, em primeiro lugar, melhor compreender alguns dos mecanismos que interligam a “personalidade” à “saúde”. Para, de seguida, de forma mais específica, explorar “quais” e “como” determinados traços de personalidade poderão ser considerados fatores predisponentes ao desenvolvimento de demência na idade avançada, nomeadamente a DA. Englobando uma proposta de investigação referente a esta temática e uma reflexão sobre o potencial do estudo da personalidade em relação ao entendimento, prevenção e atuação nesta patologia.

Personalidade e Saúde

A personalidade parece influenciar um conjunto vasto de diferentes resultados e consequências para a saúde, sendo por isso útil estabelecer a sua relevância na prática clínica. A nível geral, as revisões existentes na literatura sobre a relação entre personalidade e saúde focam-se essencialmente em aspectos específicos do processo de doença como o *coping*, comportamentos saudáveis e mortalidade (Ferguson, 2013). Ao longo do processo saúde-doença e, em todas as fases que o envolvem, podemos constatar uma grande variabilidade nas respostas individuais a nível psicológico, comportamental e fisiológico. A personalidade como um construto amplo e multifacetado ajudará a explicar alguma desta variabilidade individual e facilitará a componente clínica a nível de prevenção, diagnóstico, tratamento e prognóstico de doenças ditas orgânicas.

Diferentes aspectos do processo saúde-doença são influenciados por comportamentos diretamente relacionados à saúde como o tabagismo, prática de exercício físico, cognições sociais, *stress* e estratégias de *coping* (Kern & Friedman, 2011). E, neste contexto, os traços de personalidade, associados aos comportamentos que adotamos em diferentes situações de vida atuam como preditores de resultados de saúde de forma direta ou através de uma série de mecanismos que importam explorar. A consideração da personalidade como fator de vulnerabilidade a diferentes doenças surgiu como hipótese durante o primeiro estágio da Medicina Psicossomática (Berrocal *et al.*, 2016).

A perspetiva psicossomática enfatiza a importância do estudo da doença através de uma ótica biopsicossocial onde as patologias são tidas como resultado da interação continuada de diferentes fatores da dimensão biológica, psicológica e social. A partir deste prisma é atribuída relevância clínica às características específicas e únicas de cada indivíduo que se manifestam em todas as áreas do seu funcionamento. Esta singularidade individual parece influenciar todas as esferas de vida de cada indivíduo incluindo a vulnerabilidade

patológica e o *coping* e, conseqüentemente, a interface com qualquer doença. Lipowski (1986 *cit in* Berrocal *et al.*, 2016) descreve a Medicina Psicossomática como uma estrutura compreensiva e interdisciplinar que permitirá ter em consideração diferentes fatores psicossociais individuais na provisão de cuidados de saúde mais personalizados.

É neste sentido que surge a conveniência da avaliação da personalidade, e muito especificamente dos traços, em todo o processo saúde-doença. A análise deste construto mostra-se útil na constatação da vulnerabilidade individual ao desenvolvimento de determinadas patologias (Fava *et al.*, 2011). Assim como, promove e facilita a consideração do ser humano como um “todo” que engloba, por exemplo, a sua capacidade intelectual, estabilidade emocional, *performance* em *settings* sociais, produtividade e bem-estar (Fava *et al.*, 2011). Esta perspectiva, mais íntegra e holística do ser humano, favorece uma ótica mais homogénea da doença e, por sua vez, facilitará o delineamento e eficácia de estratégias de intervenção e/ou prevenção mais adequadas à individualidade de cada paciente. Sendo que é atribuída significância clínica a outros fatores, do foro emocional e comportamental, mais facilmente alvos de intervenção, controlo e modificação por parte do próprio paciente.

A personalidade, como uma fonte rica de informações a respeito de diferentes esferas do funcionamento do indivíduo, contribui significativamente no contexto da psicossomática que, segundo Lipowski (*cit in* Fava *et al.*, 2011; Berrocal *et al.*, 2016), objetiva sobretudo: 1) avaliar fatores psicossociais que afectam a vulnerabilidade individual, curso e resultado de qualquer doença; 2) fomentar uma consideração holística dos cuidados de saúde na prática clínica; 3) integrar terapias psicológicas no âmbito da prevenção, tratamento e reabilitação de doenças.

Modelo dos Cinco Grandes Fatores

É neste sentido que a Psicologia da Personalidade, com base no FFM, pode contribuir para a compreensão do papel da personalidade na saúde através da promoção e fomento de conceitos claros, instrumentos validados e métodos estandardizados para a operacionalização deste construto (Costa & McCrae, 1987). Costa e McCrae (1987/1992) consideram o surgimento de um consenso em torno da taxonomia dos traços de personalidade como um sinal significativo da validade e progresso do estudo da personalidade. As dimensões Neuroticismo (N), Extroversão (E), Abertura à Experiência (O), Amabilidade (A) e Conscienciosidade (C) parecem descrever de forma ampla as principais dimensões da personalidade e são por isso viáveis e amplamente utilizadas em diferentes investigações que estudam o vínculo destes traços com diferentes patologias. A singularidade personalística de cada indivíduo é apurada através da posição que este ocupa no *continuum* de cada uma das cinco dimensões. Esta posição reflecte-se em valores considerados inferiores, normais ou elevados em cada uma das cinco dimensões e respetivas seis facetas por comparação à média da população (Tabela 1).

Tabela 1: Facetas das principais dimensões da personalidade “*Big Five*”
(Lima & Simões, 2000).

Dimensões	Facetas
O	<ul style="list-style-type: none">• Fantasia;• Estética;• Sentimentos;• Ações;• Ideias;• Valores.
C	<ul style="list-style-type: none">• Competência;• Ordem;• Dever;• Esforço de Realização;• Auto disciplina;• Deliberação.
E	<ul style="list-style-type: none">• Acolhimento Caloroso;• Gregariedade;• Assertividade;• Atividade;• Procura de Excitação;• Emoções Positivas.
A	<ul style="list-style-type: none">• Confiança;• Retidão;• Altruísmo;• Complacência;• Modéstia;• Sensibilidade.
N	<ul style="list-style-type: none">• Ansiedade;• Hostilidade;• Depressão;• Autoconsciência;• Impulsividade;• Vulnerabilidade.

O N é, provavelmente, a dimensão da personalidade mais referenciada e utilizada na pesquisa relacionada à psicossomática (Costa & McCrae, 1987). Em níveis superiores, esta dimensão envolve a vivência mais frequente e acentuada de medo, ansiedade, raiva, frustração, solidão, baixa auto-estima e dificuldade de controlo de impulsos (Wahlin & Byrne, 2010; Cherry, 2020). Consequentemente, estas características tendem a surtir resultados específicos no funcionamento dos indivíduos como a experiência mais acentuada de tristeza, instabilidade emocional, insatisfação com a vida e a formulação de crenças não adaptativas. Por outro lado, indivíduos com níveis inferiores de N tendem a ser mais resilientes e estáveis a nível emocional, o que resulta na experiência mais proeminente de auto-estima, calma, confiança e satisfação com o “eu” e com a vida. As facetas desta dimensão remetem para: sensibilidade ao que os outros pensam, medo da rejeição e sensação de desconforto e timidez ao redor de outros (Autoconsciência); tendência a sentir irritabilidade, rivalidade e frustração (Hostilidade); percepção frequente das situações como ameaçadoras, desconfortáveis ou perigosas (Ansiedade); *coping* mal-adaptativo face a situações de *stress* (Vulnerabilidade); sintomatologia depressiva (Depressão); dificuldades de resistência face à experiência frequente de fortes impulsos e desejos (Impulsividade).

A dimensão E envolve aspetos como sociabilidade, excitabilidade, espontaneidade, assertividade e expressão emocional (Cherry, 2020). Os indivíduos com níveis mais elevados de E tendem a experienciar com maior frequência emoções *positivas* e a sentir um aumento de energia nas interações sociais. O que resulta numa maior susceptibilidade a experienciar felicidade e interesses sociais e empregar estratégias de *coping* relacionadas ao pensamento positivo e às ações diretas. Os indivíduos com nível elevado de E tendem a ser descritos como amigáveis, ativos e bastante comunicativos (Wahlin & Byrne, 2010). Por outro lado, pessoas com níveis inferiores de E tendem a ser mais reservadas e a perceberem *settings* sociais como drenantes de energia considerando-os até cansativos. Estes indivíduos são normalmente

mais reservados e tímidos e menos assertivos e expansivos. As respectivas facetas indicam: manifestação explícita de afeto e simpatia nas interações sociais (Acolhimento Caloroso); necessidade de experienciar altos níveis de estimulação (Procura de Excitação); autoconfiança e clareza na expressão de opiniões pessoais (Assertividade); sensação de prazer e energia na companhia de outros (Gregariedade); experiência de felicidade, entusiasmo e optimismo (Emoções Positivas); envolvimento em múltiplas atividades (Atividade).

Em níveis superiores, a dimensão O da personalidade é identificada em indivíduos caracterizados como curiosos, aventureiros e criativos que tendem a apreciar e a procurar viver novas experiências e sensações. Esta dimensão parece relacionar-se com a preferência pela diversidade, imaginação e curiosidade intelectual (Wahlin & Byrne, 2010). Assim como, pela abertura a novas ideias e formulação de julgamentos independentes à conformidade. Por outro lado, indivíduos com nível baixo de O tendem a resistir a novas ideias e a evitar grandes mudanças e novas experiências. Têm mais dificuldade em pensar de forma abstracta, não são muito imaginativos e tendem a aderir e a satisfazer-se com hábitos rotineiros, priorizando atitudes conservativas e convencionais (Wahlin & Byrne, 2010; Cherry, 2020). As facetas desta dimensão apontam para: capacidade de imaginação e fuga ao comum (Fantasia); interesse pela beleza (Estética); acesso e consciência dos seus próprios sentimentos (Sentimentos); necessidade de experimentar novas atividades e sensações (Ações); prontidão para desafiar autoridade, conformidade e valores tradicionais (Valores); interesses intelectuais e artísticos (Ideias).

A C é a dimensão que abrange aspetos como a persistência, controlo de impulsos e auto disciplina. Sujeitos com níveis superiores nesta dimensão tendem a ser extremamente organizados e focados no alcance de objectivos a que se propõem (Wahlin & Byrne, 2010). Esta dimensão reflecte a tendência a manter hábitos de vida saudáveis e a refletir a forma como os próprios comportamentos podem afetar os “outros” (Cherry, 2020). Por outro lado,

um nível inferior nesta dimensão tende a ser característico de indivíduos percebidos como hedonistas, pouco confiáveis, negligentes e pouco direcionados a objetivos a longo prazo (Wahlin & Byrne, 2010). As facetas desta dimensão indicam: confiança nas próprias capacidades (Competência); sentido de responsabilidade e obrigação (Dever); capacidade de persistência (Auto disciplina); organização e arrumação (Ordem); esforço por alcançar a excelência (Esforço de Realização); disposição para pensar cautelosamente antes de agir (Deliberação).

A dimensão A reporta a atributos como altruísmo, confiança, afetividade e outras componentes pró-sociais. Indivíduos com elevada A tendem a ser percebidos como simpáticos, cooperativos e interessados em ajudar o “outro” (Wahlin & Byrne, 2010; Cherry, 2020). Estas pessoas tidas como agradáveis tendem a gerar maior popularidade por contraponto às antagônicas. Em contraste, níveis inferiores de A, normalmente, traduzem-se em características personalísticas como o egocentrismo, cepticismo e competitividade. Estes sujeitos tendem a ser menos modestos, simpáticos e complacentes (Wahlin & Byrne, 2010). As facetas da dimensão A apontam para: percepção dos outros como confiáveis e honestos (Confiança); prazer em ajudar o outro (Altruísmo); ação de forma despretensiosa (Modéstia); genuinidade e franqueza nas interações sociais (Retidão); evitamento face a confrontações (Complacência); tendência a experienciar compaixão e ternura (Sensibilidade).

Mecanismos de Influência

Como podem os traços de personalidade ter um impacto significativo na longevidade individual saudável, em comparação, a outros fatores de risco para a saúde já bem estabelecidos na literatura?

Roberts *et al.* (2007) identificaram três mecanismos distintos, através dos quais, as características da personalidade poderão influenciar a saúde e por sua vez a longevidade de cada indivíduo. Primeiramente é destacada a Patogénese, tendo em conta, o impacto das características da personalidade nas reacções fisiológicas diferenciais e vulnerabilidade patológica. Seguidamente, os Comportamentos Saudáveis, sendo constantemente associados a traços de personalidade na literatura (Kotov *et al.*, 2010; Ferguson, 2013; Terracciano *et al.*, 2017), parecem constituir um importante mediador da relação personalidade – saúde. E por fim, os autores evidenciam as Estratégias de *coping* adotadas face ao *stress*, ameaças à saúde e indicações terapêuticas.

Ressaltar que, os mecanismos de influência acima enunciados não serão vias únicas pelas quais a personalidade e a saúde estabelecem ligação. No entanto, estes amplos mecanismos permitem, em parte, demonstrar o poder preditivo da personalidade aquando da vulnerabilidade à doença e/ou manutenção de saúde. É necessária a continuação da investigação científica nesta área, para que seja possível melhor compreender e identificar os mecanismos ou sistemas que vinculam a personalidade ao caminho para a saúde ou doença.

I. Patogénese

Um dos principais desafios no estudo da personalidade passa por averiguar a relação entre as diferenças individuais e a atividade fisiológica. Sabemos à partida, que a personalidade expressa-se no corpo uma vez que os comportamentos, pensamentos e sentimentos são mediados por sistemas neurobiológicos (Stemmler & Wacker, 2010). E desta forma, os traços de personalidade parecem estar associados a um grande leque de respostas

fisiológicas e imunitárias que tem impacto na susceptibilidade individual à doença (Ferguson, 2013). Os estudos que exploram a relação entre personalidade e funções do organismo tendem, maioritariamente, a obter resultados significativos referentes às dimensões E e N (Myrtek 1998 *cit in* Stemmler & Wacker, 2010). A literatura apresenta evidências que relacionam traços mais *negativos* da personalidade, como a hostilidade, a uma maior reatividade face situações *stressantes* (Smith & Gallo, 2001 *cit in* Kern & Friedman, 2011). Por outro lado, resultados de metanálises demonstram que fatores psicológicos *positivos*, como a afectividade e auto estima, estão relacionados à produção reduzida de cortisol em repouso (Chida & Steptoe, 2009 *cit in* Ferguson, 2013).

Segundo Eysenck a singularidade de cada indivíduo, em termos personalísticos, advém primordialmente de diferenças genéticas, embora também considere a influência de outros fatores ambientais e situacionais (Soliemanifar *et al.*, 2018). Segundo o autor, cada pessoa parece nascer com uma estrutura cerebral específica que pressupõe discrepâncias ao nível da atividade psicofisiológica e que resulta na expressão de características personalísticas únicas. Neste sentido, o modelo Excitação-Inibição propõe uma explicação biológica da dimensão E tendo em consideração a activação do Sistema de Activação Reticular Ascendente (SARA) associado ao nível de activação cortical (Schmidt *et al.*, 2010). As pessoas mais extrovertidas parecem ter potenciais fracos de excitação e conseqüente nível de atividade inferior enquanto pessoas introvertidas possuem fortes potenciais excitatórios e níveis mais altos de atividade cortical. A explicação biológica atribuída por Eysenck à dimensão N associa-se à activação do Sistema Nervoso Simpático e Sistema Límbico ou Cérebro Visceral (CV; Schimidt *et al.*, 2018; Soliemanifar *et al.*, 2018). Aparentemente, as pessoas neuróticas possuem limiares baixos de activação do CV e serão menos capazes de controlar ou inibir as suas reacções emocionais. O que resulta na percepção e experiência mais *negativa* de situações *stressantes* que pode ser analisada por biomarcadores como a

frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial e tensão muscular. Em relação à dimensão Psicoticismo do modelo PEN (*psychoticism, extraversion, neuroticism*) de Eysenck, existe menor conhecimento acerca dos seus substratos fisiológicos. No entanto, esta parece estar associada a níveis superiores de hormônios gonadais e inferiores de enzimas responsáveis pela degradação de monoaminas como a noradrenalina, dopamina e serotonina (Schmidt *et al.*, 2010).

Neste seguimento, Stemmler e Wacker (2010) ressaltam a relevância da metanálise realizada Myrtek (1998) a qual explora as relações entre traços de personalidade e cerca de 34 variáveis fisiológicas em situações de vigília e em resposta a tarefas específicas. De forma geral, os resultados deste estudo demonstraram que os indivíduos com elevado nível de E, em comparação com introversão, apresentam um menor nível de ativação/alerta tanto em repouso como em resposta a eventos *stressantes*. O que se reflecte a nível de diferentes sistemas de resposta ao *stress* no organismo, como o sistema nervoso, bioquímico e cardiovascular. Outros estudos metanalíticos demonstram que a sintomatologia depressiva, associada a um nível elevado de N, está associada à atividade imunológica celular reduzida e ao aumento dos níveis de citocinas pró-inflamatórias (Herbert & Cohen, 1993; Dowlati *et al.*, 2010 *cit in* Ferguson, 2013).

Importa reconhecer que, são necessários mais estudos nesta área tendo em conta que a relação entre a personalidade e as alterações fisiológicas será influenciada por variáveis sociodemográficas e pelo estímulo *stressante* experienciado (Gerritsen *et al.*, 2009; Burke *et al.*, 2005 *cit in* Ferguson, 2013). Contudo, parece importante reconhecer que, efetivamente, a personalidade prediz a forma como reagimos ao ambiente o que pressupõe alterações fisiológicas distintas ao nível dos diferentes sistemas que regulam o funcionamento do nosso organismo e conseqüente susceptibilidade patológica.

II. Comportamentos Saudáveis

Os comportamentos saudáveis e, por outro lado, os de risco, adotados ao longo da vida são constantemente associados a perfis personalísticos na literatura (Kern & Friedman, 2011; Ferguson, 2013; Terracciano *et al.*, 2017). O que é expectável tendo em conta a personalidade como um conjunto de características psicológicas que determinam os nossos padrões de resposta ao meio envolvente.

A C é apontada como a dimensão mais significativa, sendo amplamente associada a importantes benefícios para a saúde, incluindo menor risco de mortalidade (Kern & Friedman, 2011). Os indivíduos com elevado nível de C apresentam uma maior tendência a envolverem-se em hábitos de vida saudáveis e menos a comportamentos de risco e a alcançarem maior sucesso académico e profissional. Estes indivíduos, ao longo da vida e de forma significativa, parecem sofrer uma menor exposição a fatores de risco para mortalidade já bem estabelecidos na literatura. Por exemplo, no âmbito da saúde cardiovascular, a C está associada a fatores protetores como atividade física, alimentação equilibrada e privação de consumo tabágico (Bogg & Roberts, 2004). Esta dimensão parece também estar associada, de forma negativa, a outros fatores prejudiciais como a condução de risco, violência comportamental, abuso de álcool e drogas ilícitas (Bogg & Roberts, 2004). E sendo assim, os indivíduos com níveis inferiores de C parecem ter à sua disposição um maior número de caminhos para resultados de saúde *negativos*, tendo em conta a maior tendência que apresentam a aderir a comportamentos de risco.

A dimensão O também prevê resultados de saúde *positivos* que normalmente se associam a uma componente intelectual (Kern & Friedman, 2011). Os indivíduos que apresentam níveis elevados nesta dimensão tendem a procurar mais oportunidades educacionais e profissionais estimulantes. O que por sua vez, facilita o estabelecimento de empregos e promove o estatuto socioeconómico, fatores protetores à saúde. Dadas as

características desta dimensão, estes indivíduos tendem a seguir e cumprir instruções médicas com maior facilidade e rigor. Do mesmo modo propendem, com maior frequência, a se envolverem em comportamentos saudáveis e a estabelecer relações sociais sólidas, que beneficiam a saúde e bem-estar subjetivo. No entanto, o ingresso em círculos sociais prejudiciais podem representar um fator de risco acrescido para a saúde destes indivíduos. Uma vez que, sujeitos com elevados níveis de O estarão mais “abertos”/propensos a se envolverem em experiências relacionadas a drogas ilícitas, álcool, relações sexuais desprotegidas e outros comportamentos de risco para a saúde (Kern & Friedman, 2011).

A compreensão da relação entre as dimensões E e A e comportamentos de saúde é dificultada pela influência da componente social que apresentam (Roberts *et al.*, 2007; Kern & Friedman, 2011). Os comportamentos adotados e as respectivas consequências na saúde são, geralmente, motivados por uma combinação do indivíduo e do contexto social em que este se insere. Os indivíduos com elevados níveis de E podem ser particularmente atraídos por ambientes sociais onde são expostos a vários comportamentos de risco, que os podem levar a adotar um estilo de vida mais arriscado. Por outro lado, a facilidade destes indivíduos em estabelecer relações sociais fortes pode constituir um fator protector contra resultados *negativos* para a saúde (Taylor, 2007 *cit in* Kern & Friedman, 2011). Os indivíduos com níveis mais elevados de A tendem, também, a estabelecer relações sociais fortes e a ser apreciados pelos outros, neste caso, a saúde pode ser prejudicada caso o indivíduo abandonar, de maneira consistente, as suas próprias necessidades em benefício dos outros (Kern & Friedman, 2011).

Em relação à dimensão N, é colocada a hipótese de que esta leva a resultados *negativos* para a saúde. No entanto, neste contexto parece imprescindível ter em consideração as facetas que compõem a dimensão e também a combinação de tendências neuróticas com outros traços de personalidade. Friedman (2000 *cit in* Kern & Friedman, 2011) defende a

existência de dois tipos de padrões neuróticos. Por um lado, destacam-se perfis marcados por facetas como a Hostilidade, Depressão e Vulnerabilidade característicos de indivíduos que experienciam de forma exacerbada instabilidade emocional, pessimismo e adversidade o que pode resultar na adoção comportamentos de risco para a saúde, como o consumo de substâncias. Por outro lado, existem indivíduos com elevados níveis de N com destaque na faceta Ansiedade, o que faz com que experienciem de forma acentuada sintomatologia ansiógena, preocupação e hipervigilância perante ameaças à saúde. O que pode ter como consequência resultados *positivos* na saúde e aumento da longevidade, dado que estes indivíduos estarão mais “alerta” para riscos e consequências a este nível, embora os próprios tendam a relatar um maior nível de sofrimento psicológico e mau estar subjetivo.

Roberts *et al.* (2007 *cit in* Ferguson, 2013) argumentaram que a combinação de níveis elevados de C e N leva a uma maior vigilância e preocupação relativa a resultados de saúde, podendo ocorrer nestes casos a adoção de Comportamentos Compensatórios de Saúde (CCS). Neste contexto são preconizados comportamentos de risco como tabagismo e consumo de álcool, assim como, outros *positivos* como a manutenção de uma alimentação equilibrada e exercício físico. Com o intuito de compensar consequências negativas de comportamentos de risco mantidos, o que na realidade não acontece. Efetivamente, os efeitos de comportamentos de risco como o tabagismo não serão eliminados ou compensados pela adoção de comportamentos saudáveis, e esta forma de pensar levará à manutenção de hábitos de vida menos favoráveis e posteriormente a pior saúde. Por isso muitos dos indivíduos com esta combinação tendem a expressar um bom estado de saúde subjectiva mas uma saúde objectiva mais fragilizada. A consideração da combinação de diferentes dimensões da personalidade poderá ser foco de futuros estudos que abram novas linhas de pesquisa nesta área.

III. Estratégias de *Coping*

O impacto da personalidade na saúde pode ocorrer através da forma como os indivíduos avaliam, lidam e respondem emocionalmente a situações ditas *stressantes* ou ameaçadoras. Muitas das contribuições de Friedman (2008/2011), no que concerne ao estudo da personalidade associado à doença, têm em foco os processos dinâmicos envolvidos no confronto psicológico. Os processos de *coping* implicam diferenças individuais consideráveis em relação aos esforços cognitivos e emocionais dispensados durante o curso de lidar com uma circunstância de vida adversa. E, neste contexto, as características personológicas terão uma influência significativa na variabilidade individual relativa à seleção de estratégias de resolução de problemas. Sendo que a relação entre as estratégias de *coping* adotadas e respectivas consequências para a saúde serão moderadas e alteradas consoante a duração, contexto, natureza e controlo do estímulo *stressor*. Ao nível das principais dimensões da personalidade, o N, E e C parecem ter um papel de especial importância na determinação da forma como os indivíduos experienciam e se adaptam a eventos adversos (Vollrath & Torgersen, 2000).

A generalidade das metanálises existentes na literatura tendem a indicar as estratégias de *coping* relacionadas ao *engagement*, face a diferentes *stressores* (ansiedade social, eventos traumáticos, doença oncológica e outros), como indicadores de melhor saúde mental e física (Carver & Connor-Smith, 2010). No entanto, estratégias menos volitivas ainda consideradas estratégias de *engagement* como a ruminação, culpabilização e ventilação parecem predizer resultados de saúde *negativos*. O mesmo se aplica às estratégias de *coping* por *disengagement* que, avaliadas perante diferentes *stressores*, normalmente resultam em prejuízos para a saúde através da experiência acentuada de ansiedade, depressão, comportamentos disruptivos, afectividade negativa e saúde física perturbada (Littleton *et al.*, 2007; Moskowitz *et al.*, 2009; Roesch *et al.*, 2005 *cit in* Carver & Connor-Smith, 2010). Este

tipo de estratégias são, tendencialmente, adotadas por indivíduos com elevados níveis de N, que apresentam uma maior pré-disposição a experienciar eventos *stressantes* e emoções *negativas*.

Por outro lado, as tentativas ativas para resolver problemas e alterar circunstâncias parecem ter consequências potencialmente *negativas* nos casos de resposta a *stressores* incontroláveis. Nestes casos, a adoção de estratégias de *coping* emocional como auto-regulação e expressão controlada de emoções, parecem ser as mais benéficas para a saúde. O *coping* por evitamento parece ser o mais prejudicial enquanto resposta a *stressores* agudos em comparação aos crónicos, talvez pelo grau de controlo percebido e respetiva aplicabilidade de hipóteses de resolução de problemas. Bolger e Zuckerman (1995 *cit in* Carver & Connor-Smith, 2010) identificaram dois mecanismos através dos quais a personalidade, em conjunto com as estratégias de *coping* adotadas, poderão influenciar a adaptação. Uma das possibilidades aborda a influência da personalidade na seleção de estratégias de *coping* e respetivas consequências – mediação. O outro mecanismo aborda a influência da personalidade na eficácia das estratégias de *coping* implementadas – moderação. Os autores referem ainda uma terceira hipótese, associada à combinação das duas últimas, na qual a personalidade é considerada um fator de influência face à seleção e à própria eficácia das estratégias de *coping* selecionadas – moderação mediada (Carver & Connor-Smith, 2010).

Outros autores evidenciam as estratégias de *coping* como fatores potenciadores ou atenuantes das vulnerabilidades personalísticas. Por exemplo, o *coping* por *engagement* pode atenuar a vulnerabilidade ao *stress* social (introversão), e o *coping* por *disengagement* amplifica essa relação (Connor-Smith & Compas *cit in* Carver & Connor-Smith, 2010). A personalidade pode influenciar a eficácia das estratégias implementadas, facilitando ou interferindo com o seu sucesso. Por exemplo, pessoas com alto nível de E ou A podem ter especial facilidade em obter apoio social. Assim como, indivíduos com elevada C podem,

mais facilmente, implementar estratégias de resolução de problemas mais eficazes. Por outro lado, a experiência de *stress* e angústia, associada ao N, pode interferir na eficácia das estratégias de resolução das problemáticas ou *stressores*. Uma vez que, indivíduos com níveis superiores de N tendem a priorizar recompensas a curto prazo provenientes de estratégias de *disengagement*, desvalorizando os efeitos negativos dessas escolhas a longo prazo. O N também está associado a uma menor flexibilidade no enfrentamento de situações (Lee Baggeley *et al.*, 2005 *cit in* Carver & Connor-Smith, 2010), talvez porque o sofrimento percebido interfira na seleção de estratégias mais adaptativas.

As dimensões N e C parecem ter efeitos opostos nas preferências de estratégias de *coping* (Vollrath & Torgersen, 2000), o que ressalta a importância de ter em consideração a influência de diferentes combinações de traços na experiência de *stress*. Torgersen desenvolveu uma tipologia da personalidade que permite captar oito combinações diferentes entre as dimensões N, E e C. Com base nestes oito perfis psicológicos, Vollrath e Torgersen (2000) procuraram compreender a influência de diferentes combinações dos traços nas diferenças individuais relativas ao confronto psicológico. Estes autores constataram que determinados perfis se mostram tanto mais vulneráveis ao *stress* como mais eficazes no *coping*, enquanto outros, apresentam maior vulnerabilidade ao *stress* e um *coping* pobre. Neste contexto, a combinação de níveis inferiores de N e elevados de C, parecem corresponder a um contraste decisivo no desenvolvimento de estratégias de *coping* mais eficazes. O estudo demonstra que um perfil caracterizado por níveis elevados de N e inferiores de C parece estar associado tanto a uma maior vulnerabilidade ao *stress* como o desenvolvimento de um estilo de *coping* mal-adaptativo. Nos casos em que persistem níveis elevados de E e C, a influência *negativa* do N parece ser atenuada significativamente. Sendo que indivíduos com elevado N, não apresentam um padrão de *coping* expectável quando combinados com níveis elevados de E e C. Nesta área de estudo, que envolve a relação dos

traços personalísticos, estratégias de *coping* e resultados de saúde, será essencial ter em consideração a combinação de diferentes dimensões da personalidade que levarão a diferenças individuais ao nível da experiência de *stress*, seleção e eficácia de estratégias de *coping* implementadas.

Doença de Alzheimer e Fatores de Risco

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a Doença de Alzheimer é o tipo mais comum de demência, correspondendo a cerca de 60 a 70% dos casos. Esta patologia neurodegenerativa é caracterizada pela perda gradual de múltiplos domínios da cognição que resulta em fases posteriores na perda da autonomia funcional. Os principais biomarcadores clínicos desta síndrome são depósitos beta-amilóide e emaranhados neurofibrilares, responsáveis pela perda progressiva da estrutura e funcionamento dos neurónios (Huang, 2018). Estas alterações neurofisiológicas ocorrem em regiões cerebrais, como o córtex cerebral e hipocampo, essenciais a capacidades cognitivas como a memória, linguagem, raciocínio, pensamento abstracto e reconhecimento de estímulos sensoriais.

Esta patologia apresenta dois tipos, a DA esporádica é a mais comum apresentando um início tardio, posterior aos 65 anos de idade. A DA Familiar corresponde a cerca de 5 a 15% dos casos, nos quais a doença apresenta um início precoce que se relaciona a mutações genéticas hereditárias específicas. Em qualquer dos casos, a expressão sintomatológica inicial mais comum da doença são os lapsos de memória a curto-prazo. Esta perda é, normalmente, manifestada pela colocação de questões repetitivas e frequentes esquecimentos da localização de objectos ou eventos importantes (Huang, 2018). No entanto, a manifestação da doença pode variar individualmente, face ao impacto dos danos neurológicos e personalidade pré-mórbida de cada paciente (Rouch *et al.*, 2019).

A expressão clínica da doença agrava gradualmente, à medida que o impacto da lesão neurológica progride e é diminuída a capacidade de compensação da reserva cognitiva (Stern, 2006). A progressão dos *deficits* cognitivos levam à perda gradual de funções como o raciocínio, levando os pacientes a manifestar dificuldades significativas em diferentes contextos, como lidar com tarefas complexas e formular um julgamento adaptativo. E em fases posteriores da evolução neuropatológica, os pacientes apresentam dificuldades de

linguagem, disfunções viso-espaciais e distúrbios de comportamento. Este agravamento prejudica e inibe de forma gradual a capacidade de autonomia na realização de atividades básicas e instrumentais de vida diária, levando à dependência total e por fim a mortalidade.

O mesmo acontece com a personalidade que apesar de ser um construto, relativamente, estável ao longo da vida, tende a alterar-se de forma significativa e progressiva ao longo do curso da doença. Estas alterações personalísticas resultantes dos danos neuropatológicos associados à doença, poderão ter início até décadas anteriores ao diagnóstico na dita fase pré-sintomática da patologia. A metanálise de D'Iorio *et al.* (2018) revela que a personalidade destes pacientes é caracterizada, por norma, por valores significativamente elevados de N e inferiores de O, C, E e A, em comparação com indivíduos saudáveis. Estes valores, nomeadamente na dimensão N, estão de acordo com a sintomatologia comportamental averiguada na maioria destes pacientes, como a expressão de apatia, desinibição e agressividade (Huang, 2018b; D'Iorio *et al.*, 2018).

Em relação aos fatores de risco ao desenvolvimento da DA, podemos destacar, essencialmente, dois grupos: fatores não modificáveis e modificáveis. Existem fatores, já bem estabelecidos na literatura, como pré-disposições genéticas, a idade e o género que aumentam a susceptibilidade a desenvolver a DA na idade avançada, não podendo estes ser alterados ou controlados (Edwards *et al.*, 2019). A idade apresenta-se como o principal fator de risco e, uma vez que, as mulheres apresentam maior longevidade, a patologia é duas vezes mais comum no género feminino em comparação ao masculino (Huang, 2018).

Por outro lado, existem vários fatores de riscos que podem ser alterados, controlados ou mesmo evitados a nível individual. Por exemplo, fatores como a prática regular de exercício físico, manutenção de uma dieta equilibrada, higiene do sono, e controlo do Índice de Massa Corporal (IMC; Edwards *et al.*, 2019; Minghui, 2019), podem alterar a propensão ao desenvolvimento de quadros demenciais e são passíveis à modificação individual. O

mesmo acontece com outros fatores de risco já identificados para a patologia e que podem ser de certa forma evitados como o hábito tabágico, consumo abusivo de álcool, utilização de substâncias ilícitas e ocorrência de Traumatismo Craniano (Edwards *et al.*, 2019; Minghui, 2019). Também se mostra importante o controlo de outras patologias prevalentes e interligadas à maior susceptibilidade à DA como a hipertensão, colesterol e depressão, através de medicação, terapias ou mudanças de estilo de vida (Minghui, 2019). A baixa escolaridade e o isolamento social também se destacam enquanto fatores de risco modificáveis à DA, essencialmente, pelo mesmo motivo: estimulação cognitiva. Como é sabido, um grau mais elevado de escolaridade ou uma ocupação profissional cognitivamente mais desafiante promovem a reserva cognitiva, fator protector face ao desenvolvimento demencial (Stern, 2006).

Até à data parece ainda não existir um tratamento que possa suprimir, desacelerar ou reverter de forma eficaz o processo neurodegenerativo característico da DA. A investigação à volta das hipóteses farmacológicas persiste tendo em foco as principais causas neuropatológicas da doença como a produção, deposição e agregação da proteína beta-amilóide. Contudo, parecem não surtir resultados positivos e eficazes. A falta de uma cura concreta para este tipo de patologia, que se prevê aumentar exponencialmente nas próximas décadas pelo mundo, apressa o desenvolvimento de estratégias de prevenção e intervenção mais adequadas. Alguns estudos recentes estimam que a intervenção em diferentes fatores de risco modificáveis pode prevenir cerca de 35% dos casos de demência (Livingston *et al.*, 2017 *cit in* Edwards *et al.*, 2019).

No entanto, a intervenção em fatores de risco modificáveis, nomeadamente referentes a mudanças no estilo de vida, é aconselhada a ser realizada cedo na vida (Edwards *et al.*, 2019). Uma vez que, quanto mais tarde forem realizadas estas mudanças, menor probabilidade terão de ter efeitos significativos na conversão para o DCL e DA. Todavia, a

atuação face a potenciais fatores de riscos parece ser a estratégia mais eficaz para a prevenção ou controlo da expressão clínica da DA (Edwards *et al.*, 2019). Tendo em conta que, a maioria dessas alterações beneficiarão o estado de saúde geral dos indivíduos, promovendo a qualidade de vida e bem-estar subjectivo dos indivíduos.

Personalidade Pré-mórbida e Desenvolvimento da Doença de Alzheimer

Como averiguado anteriormente, a personalidade apresenta potencial para predizer diferentes resultados de saúde através de diferentes mecanismos que atuam nesta relação. Alguns destes mecanismos passam pela propensão individual a adotar comportamentos mais ou menos saudáveis, pela forma como são geridas situações hostis ao longo da vida e pelas próprias respostas fisiológicas e imunitárias do nosso organismo. O estudo da personalidade no contexto da DA surge como uma ferramenta de especial interesse e conveniência, sendo esta implicitamente associada a esta patologia. Ou seja, para além do construto personalidade poder ser considerado um fator de risco ao desenvolvimento desta doença, as suas alterações ao longo do tempo podem surgir como um marcador clínico precoce do seu *onset*. E ainda, a posterior análise da personalidade mórbida pode ser útil na melhora dos cuidados prestados a estes pacientes. Sendo assim, com recurso à Psicologia dos Traços, a indagação acerca desta relação “Personalidade e DA” e respetivos mecanismos envolventes, poderá contribuir de diferentes formas para a promoção do conhecimento etiológico e desenvolvimental desta patologia. É neste sentido que, ao longo dos anos, a literatura tem sido enriquecida com estudos que enfocam a relação entre os traços da personalidade pré-mórbida e o desenvolvimento e curso da DA na idade avançada, a partir de diferentes ópticas.

Por exemplo, Terracciano *et al.* (2017), de entre uma das várias investigações nesta área, procuraram estudar as alterações dos traços de personalidade, ao longo do tempo, em indivíduos que mais tarde desenvolveram quadros de DCL e/ou demência. Rouch *et al.* (2019), visando outro foco de estudo, procuraram investigar o papel da personalidade pré-mórbida na manifestação inicial e evolução da sintomatologia comportamental e psicológica em pacientes diagnosticados com DA. Outros estudos procuram explorar o papel de determinados biomarcadores da doença enquanto mediadores da relação entre as dimensões N

e C e a incidência de DCL e/ou conversão para a DA (Zuffery *et al.*, 2017; Ducheck *et al.*, 2019).

A literatura, tida como um aglomerado de evidências, permite-nos constatar um determinado consenso aquando do papel da personalidade pré-mórbida no desenvolvimento da DA na idade avançada. Os resultados de diferentes investigações apontam para a existência de uma relação entre as dimensões C (por defeito) e N (por excesso) a uma maior vulnerabilidade à incidência de quadros demenciais (Terracciano *et al.*, 2014/2017; Luchetti *et al.*, 2015; Duchek *et al.*, 2007; D'Iorio *et al.*, 2018; Sutin *et al.*, 2017). Esta tendência é, aparentemente, mantida após o controlo de possíveis variáveis confundentes, dado que a relação não é totalmente explicada por outros fatores comportamentais, clínicos ou sociodemográficos. No entanto, autores como Singh-Manoux *et al.* (2020) parecem refutar esta afirmação, defendendo por exemplo, que a relação entre a personalidade e a incidência de DA é explicada por mediadores como a depressão. Em todo o caso, estas duas dimensões são continuamente associadas ao desenvolvimento de quadros demenciais em diferentes estudos com diferentes amostras e conteúdos procedimentais.

Em relação à influência dos restantes traços (O, E e A), os resultados são menos concretos e consensuais. A metanálise de Terracciano *et al.* (2014) propôs que valores elevados na dimensão A e O seriam fatores protetores face ao risco de demência. A E é a dimensão que, entre vários estudos, apresenta menor significância estatística quando relacionada à incidência ou desenvolvimento da patologia. A O poderá estar associada a uma melhor *performance* cognitiva, nomeadamente em Funções Executivas e Memória de Trabalho (Sharp *et al.*, 2010 & Soubelet *et al.*, 2011 *cit in* Terracciano *et al.*, 2014). Indivíduos com valores mais elevados nesta dimensão tendem a procurar e a ser sujeitos a uma maior estimulação cognitiva ao longo da vida e, por isso, a gerar uma maior reserva cognitiva, fator protector face à incidência de demência (Stern, 2006). Do mesmo modo, os

indivíduos com valores elevados de A parecem ser menos propensos a desenvolver DA, embora a relação não se apresente, com tanta frequência, estatisticamente significativa. Esta dimensão parece associar-se a tendências interpessoais (Bennett *et al.*, 2006 *cit in* Terracciano *et al.*, 2014), que envolvem o altruísmo e cooperação, e facilitam a formação e manutenção de redes de suporte significativas, que funcionam como fator protector à saúde. Por outro lado, indivíduos com valores inferiores de A tendem a ser mais agressivos, antagónicos e competitivos o que poderá aumentar a susceptibilidade ao desenvolvimento de doenças do foro cardiovascular (Dembroski *et al.*, 1989 Sutin *et al.*, 2010 *cit in* Terracciano *et al.*, 2014).

Neuroticismo

Duchek *et al.* (2019) procurou explicar a relação entre as dimensões N e C e a incidência da DA a partir de biomarcadores associados à patologia. Já é bem estabelecido que a dimensão N se associa a uma maior predisposição individual a experienciar angústia e *stress* crónico. Dada a forma natural do corpo responder ao *stress*, os indivíduos com elevado nível de N tendem a apresentar desregulações nos níveis de cortisol e no Eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA). Estas alterações orgânicas são por isso identificadas, com maior frequência, em pacientes com distúrbios de ansiedade, *Stress* Pós-Traumático e níveis significativamente superiores de N. Wilson *et al.* (2003 *cit in* Duchek *et al.*, 2019) corrobora esta relação ressaltando que a exposição ao *stress* crónico, associado a elevados níveis de N, pode produzir mudanças na formação hipocampal ao longo da vida. Evidenciando que o volume hipocampal é considerado um mediador de memória e as alterações neuropatológicas nesta região cerebral acompanham o *onset* da DA.

Da mesma forma a metanálise realizada por D'Iorio *et al.* (2018) concluiu, em consenso com outros estudos como o de DeYoung *et al.* (2010), que valores elevados de N em indivíduos saudáveis estão associados a alterações estruturais de determinadas regiões cerebrais. Como por exemplo, o volume reduzido do hipocampo e córtex pré-frontal e maior

volume do supracaloso, regiões alvo do processo neurodegenerativo da DA. Posto isto, a associação significativa entre N e DA poderá ser explicada pela maior vulnerabilidade destas regiões aos danos neuropatológicos da doença, afectando-as precocemente. Os resultados do estudo promovem a associação da dimensão N a uma *performance* cognitiva inferior e ao risco acrescido do desenvolvimento da DA na idade avançada (D'Iorio *et al.*, 2018; Terracciano & Sutin, 2019). Ao que tudo indica, as alterações neuropatológicas que ocorrem ao longo da vida, derivadas da experiência continuada de *stress* e angústia, poderão contribuir para a variabilidade individual aquando da susceptibilidade a quadros de DCL e DA.

De um modo geral, os estudos realizados ao longo dos anos têm vindo a confirmar que elevados níveis de N na *baseline* estão relacionados a um risco acrescido de desenvolver DA durante o *follow up*. Por exemplo, o estudo longitudinal de Terracciano *et al.* (2014) permitiu avaliar o perfil personalístico de 1671 indivíduos durante 22 anos. Os participantes com níveis superiores de N e inferiores de C na *baseline* apresentaram um risco significativamente superior de desenvolver demência. Ainda, desta amostra foram obtidos dados neuropatológicos *post mortem* de 111 participantes e destes, identificados 3 grupos: sujeitos controlo (sem diagnóstico ou evidência neuropatológica de DA), sujeitos assintomáticos com DA e sujeitos sintomáticos com DA. A partir dos resultados foi constatado que a personalidade pré-mórbida dos sujeitos assintomáticos apresentava níveis significativamente inferiores de N em comparação com os sujeitos controlo e sujeitos sintomáticos com DA. Os autores concluíram que em pacientes diagnosticados com DA, a resiliência emocional, em contraste com elevados níveis de N, poderá surgir como factor protetor face ao desenvolvimento ou atraso do *onset* de demência (Terracciano *et al.*, 2014 *cit in* Escher *et al.*, 2019).

Alguns estudos dão ênfase a determinadas facetas da dimensão N como a ansiedade e a vulnerabilidade ao *stress*, como principais preditores da incidência da demência (Wilson *et*

al., 2006 Johansson *et al.*, 2014 *cit in* Escher *et al.*, 2019). A metanálise realizada por Terracciano *et al.* (2014) parece confirmar o efeito estatisticamente significativo da dimensão N e ressalta o papel das facetas depressão, ansiedade e hostilidade. Os resultados demonstraram que indivíduos com valores superiores à norma (1σ) na dimensão N apresentam um risco acrescido de 30% em desenvolver a DA no futuro. Os autores concluíram que as dimensões N e C se associam a cerca de 13 a 11% dos casos de DA, apresentando efeitos estatísticos semelhantes a outros fatores de risco já conhecidos como a diabetes, educação, tabagismo, obesidade, hipertensão, sedentarismo ou depressão.

Do mesmo modo, Terracciano *et al.* (2017) concluíram que valores superiores (1σ) de N e inferiores de A e C predizem, de forma independente, uma diferença de cerca de 20% de risco de desenvolvimento de quadros demenciais na idade avançada. A relação entre estas dimensões e a incidência de demência mostrou-se significativa mesmo após o controlo de possíveis variáveis confundentes como obesidade, hipertensão, tabagismo, atividade física, estatuto socioeconómico e outros fatores de risco já conhecidos para o desenvolvimento da patologia, considerados no estudo.

O estudo de Terracciano *et al.* (2014) revela um alto nível de consistência relativamente aos resultados de diferentes estudos apesar de estes apresentarem diferenças ao nível de características da amostra, procedimentos e amplitude do *follow up*. Para além das alterações neuropatológicas, a associação N – DA, poderá ser explicada pela ligação existente do N com outros fatores de risco já conhecidos da patologia que passam por comportamentos de risco, estilos de *coping* e outras condições clínicas de cada indivíduo. Por exemplo, é bem estabelecido na literatura que níveis inferiores de C e elevados de N estão associados a uma maior predisposição ao tabagismo, inatividade física e obesidade (Terracciano *et al.*, 2008; Rhodes & Smith, 2006; Sutin *et al.*, 2003 *cit in* D'Iorio *et al.*, 2018), que constituem por si só fatores predisponentes à DA. Do mesmo modo, indivíduos com níveis mais elevados de N

terão uma maior probabilidade a desenvolver quadros depressivos o que aumenta o risco de desenvolver a DA no futuro (Ownby *et al.*, 2006). Importa sobretudo ressaltar que, em diferentes estudos, constata-se que a relação entre a dimensão N e a propensão ao desenvolvimento demencial não é totalmente explicada por possíveis variáveis confundentes o que ressalta importância de considerar esta dimensão enquanto fator de risco independente à patologia.

Conscienciosidade

A associação entre níveis elevados de C e o risco significativamente reduzido de vir a desenvolver quadros demenciais na idade avançada, nomeadamente a DA, é relativamente consensual entre diferentes investigações. Tendo isto em conta, Sutin *et al.* (2017) procuraram investigar, através de um estudo prospetivo (*follow up* de 6 anos), quais as facetas da C teriam um maior impacto na redução da susceptibilidade ao desenvolvimento neuropatológico. Segundo Terracciano *et al.*, (2014), e no que concerne às facetas da dimensão C, indivíduos que se auto percebem como mais organizados, responsáveis, disciplinados e competentes apresentam um risco reduzido de desenvolverem demência. Na investigação de Sutin *et al.* (2017) concluíram que indivíduos com níveis mais elevados de Auto Disciplina, Esforço de Realização e Dever estarão menos propensos a desenvolver DCL. Estes resultados foram mantidos após controlo de outras variáveis sociodemográficas, clínicas, genéticas e comportamentais. Em particular, destacou-se a faceta Dever que apresenta uma forte associação com o risco diminuto de desenvolvimentos de DCL e demência.

Sutin *et al.* (2017) argumentam que a faceta Dever, associada à responsabilidade, comporta uma orientação interpessoal. E por isso, indivíduos *responsáveis* tendem a demonstrar maior interesse em cooperar, ajudar e a sentirem-se úteis para com os “outros”. Para tal parece existir uma maior necessidade interna de regular o comportamento em detrimento da acomodação aos “outros” e uma maior adesão a comportamentos pró-sociais. O

que poderá contribuir para uma maior facilidade no estabelecimento de relações sociais que funcionam como fator protetor do funcionamento cognitivo e da saúde no geral (Roberts *et al.*, 2007). Os autores colocam ainda a hipótese de que os indivíduos que pontuam mais alto nesta faceta sejam mais eficazes em lidar com estímulos *stressantes* do cotidiano, diminuindo a experiência de *stress*, que em geral se mostra prejudicial à saúde.

Em relação à faceta Auto Disciplina esta remete para a habilidade de regular e monitorizar o próprio comportamento e resistir a tentações e adiar recompensas (Costa & McCrae, 1992 *cit in* Sutin, 2017). A Auto Disciplina parece associar-se, ao longo de toda a vida, a escolhas deliberadas e mais saudáveis, nomeadamente associadas ao abuso de substâncias. Por exemplo constata-se que, em estudos longitudinais, níveis inferiores de C em crianças predizem um maior risco de desenvolverem hábitos tabágicos na vida adulta Terracciano *et al.* (2008).

A faceta Esforço de Realização, denominada pelos autores *industriousness*, é caracterizada pelo trabalho árduo, ambição, confiança e competência e mostra-se também associada a resultados cognitivos mais *positivos*. Esta faceta parece ter uma orientação intrapessoal que remete para níveis de educação e estatuto socioeconómico mais elevados, que promovem uma melhor reserva cognitiva, fator protetor face a danos neuropatológicos e posterior desenvolvimento de DCL e demência (Stern, 2006). A promoção da reserva cognitiva pode facilitar a resiliência face aos danos e prolongar a independência funcional mesmo na presença de neuropatologia associada à DA. O estudo de Kaup (2019) evidencia que um dos possíveis mecanismos que interliga a C ao risco reduzido seria a tendência de envergar comportamentos direcionados a objectivos o que facilita o alcance de estatutos mais elevados a nível educacional e socioeconómico. Assim como, a tendência em cumprir com as obrigações, associada à faceta Dever, poderá promover relações interpessoais já estabelecidas

o que resultará num maior nível de estimulação cognitiva e potencial atraso do *onset* da sintomatologia demencial (Sutin *et al.*, 2017).

Importa ressaltar que, no estudo de Sutin *et al.* (2017), a associação entre as facetas e o risco de demência não foram totalmente explicadas por fatores comportamentais e clínicos comuns ao risco de demência. A contabilização desses fatores, no entanto, reduziu apenas ligeiramente a associação entre as facetas e o risco de comprometimento cognitivo. Os resultados parecem então indicar que as facetas Dever, Esforço de Realização e Auto Disciplina serão preditores robustos do risco reduzido de desenvolver DCL e demência.

No geral, valores mais elevados de C parecem promover a resiliência cognitiva e prevenir a expressão clínica da doença, o que foi corroborado pelos resultados de análises *post mortem* de indivíduos com DA assintomática (Terracciano *et al.*, 2014 *cit in* Escher *et al.*, 2019). Esta dimensão parece consistentemente associada a comportamentos e estilos de vida saudáveis que envolvem a prática de exercício físico, manutenção de uma dieta equilibrada, realização de *check-ups* médicos regulares e adesão a terapêuticas recomendadas (Hampson *et al.*, 2007; Lodi-Smith *et al.*, 2010 *cit in* Kaup *et al.*, 2019).

Estudo da Personalidade e Prevenção na Doença de Alzheimer

Como referido ao longo da presente dissertação, o estudo da personalidade poderá, efetivamente, contribuir de forma benéfica para a melhoria dos cuidados de saúde no âmbito da DA. Sobretudo porque a avaliação da personalidade promove uma visão holística dos pacientes, permitindo que se tenha em conta diferenças individuais em termos de vulnerabilidade patológica e adesão a estratégias de prevenção e intervenção na doença.

Engel (1977 *cit in* Berrocal *et al.*, 2016), um dos principais impulsionadores da Medicina Psicossomática nos anos 60, propõe uma perspetiva multifactorial e biopsicossocial da doença, na qual esta é tida como resultado da interacção continuada de diferentes fatores da dimensão biológica, psicológica e social dos indivíduos. Ressaltando a importância do “estudo das doenças” incluir diferentes elementos que formam um todo: o organismo, o indivíduo e o meio envolvente. Dando assim ênfase à unidade mente-corpo, a partir da qual se pode assumir que todos os processos de doença derivam da interacção entre fatores *bio-psico-sociais*. Neste sentido, a avaliação da personalidade poderá surgir como uma útil ferramenta na vertente clínica, visto remeter ao padrão biopsicossocial de reacções e comportamentos de um indivíduo (Kern & Friedman, 2011) que se relaciona, a partir de diferentes mecanismos, à sua saúde.

No âmbito da DA, a identificação de alterações da personalidade ao longo tempo pode surgir como um útil marcador clínico precoce da patologia (Henriques-Calado & Duarte-Silva, 2020). A literatura aponta, especificamente, níveis elevados de N e inferiores de C como preditores do *onset* de quadros demenciais, sendo este perfil de personalidade correspondente ao padrão de deterioração da personalidade averiguado durante o curso da doença (Chapman *et al.*, 2019). Caselli *et al.* (2018 *cit in* Henriques-Calado & Duarte-Silva, 2020) demonstraram que as alterações da personalidade (como o aumento de N e diminuição de A) em comorbidade com mudanças na somatização, depressão, ansiedade e irritabilidade

coincidem com o início da expressão sintomatológica da doença. Estes dados parecem dar relevo à importância da avaliação da personalidade na clínica, uma vez que, as alterações da mesma podem surgir como marcadores precoces da presença da patologia. E, posteriormente, estas podem surgir como marcadores da severidade dos danos neurológicos ao longo da doença, sendo que as alterações da personalidade acompanham o processo neurodegenerativo (Chapman *et al.*, 2019). No âmbito da prática clínica, a avaliação periódica da personalidade com recurso a auto e hetero relatos parece ser um contributo viável para o rastreio do *onset* e curso da doença.

Por outro lado, o estudo dos perfis personalísticos de indivíduos com DA parece ser útil na facilitação da comunicação entre a equipa técnica e os pacientes (D'Iorio *et al.*, 2018), tornando-a mais eficaz e *positiva*. Como já referido, os traços de personalidade influenciam a interpretação de eventos *stressantes*, tendências atitudinais e tipos de *coping* adotados. Neste sentido, a avaliação da personalidade de pacientes em estágios iniciais de DA parece particularmente vantajosa, uma vez que prediz, em parte, a probabilidade de expressão de determinados sintomas comportamentais (Rouch *et al.*, 2019). Este conhecimento pode ser útil à equipa técnica na identificação de pacientes com maior vulnerabilidade a experienciar angústia e *stress* e a expressar um *coping* indesejado como o evitamento ou a negação em determinadas situações (D'Iorio *et al.*, 2018). No âmbito da prevenção, pretende-se sobretudo desacelerar o processo neurodegenerativo com vista a manter a independência funcional e bem-estar dos indivíduos, adiando o progresso para quadros demenciais e posterior mortalidade. Neste sentido, o conhecimento acerca das diferenças individuais destes pacientes poderá ser útil na antecipação e seleção de medidas ambientais e estratégias de intervenção adequadas a cada um, promovendo a aceitação, adesão e eficácia das mesmas.

De outro ponto de vista, a personalidade pré-mórbida pode surgir como um fator de risco ou protector quando falamos de resultados de saúde, inclusive a incidência de demência.

A avaliação da personalidade pré-mórbida nestes casos, pode ser útil na identificação de indivíduos com maior risco de vir a desenvolver a DA. A psicoeducação no sentido de uma maior consciencialização do poder da influência do perfil personalístico na pré-disposição patológica, talvez se mostre importante. A Psicologia Positiva (PP), neste âmbito, poderá ter um papel de relevo enquanto veículo da promoção e reforço de traços de personalidade continuamente associados a bons resultados de saúde física e psíquica. Deste modo, o foco estará em promover a felicidade e bem-estar individual, em oposição à experiência de *stress* crónico e angústia, características do N, dimensão associada a maiores riscos para a saúde. A PP pode auxiliar no sentido de cada indivíduo perceber qual a melhor forma de utilizar as suas própria forças e virtudes (McCrae, 2011). Segundo o FFM, de forma natural cada indivíduo tende a adotar comportamentos específicos que permitem expressar o seu perfil personalístico e neste sentido, a PP poderá facilitar e promover a expressão de traços *positivos* (McCrae, 2011).

McCrae e Costa (1991 *cit in* McCrae, 2011), referem que os mecanismos que interligam as dimensões C e A ao bem-estar se diferenciam em relação às restantes dimensões da personalidade. Esses mecanismos parecem ser de carácter instrumental, ou seja, baseiam-se em atividades produtivas ou benevolentes e altruístas com as quais os indivíduos se comprometem. Os autores concluíram que a expressão ativa destes traços, C e A, de forma continuada pode surgir como fator protector, uma vez que, promove níveis mais elevados de bem-estar subjectivo. Neste sentido, no caso de indivíduos com elevados níveis de C e A que se encontram privados a certo nível na sua funcionalidade, por exemplo em contexto institucional, o exercício destas tendências comportamentais parece surgir como um importante fator de promoção do bem-estar. Por outro lado, indivíduos com valores inferiores nestas dimensões podem não ter considerado os benefícios da expressão de facetas como o altruísmo e organização sendo que poderiam beneficiar de intervenções psicoeducativas neste

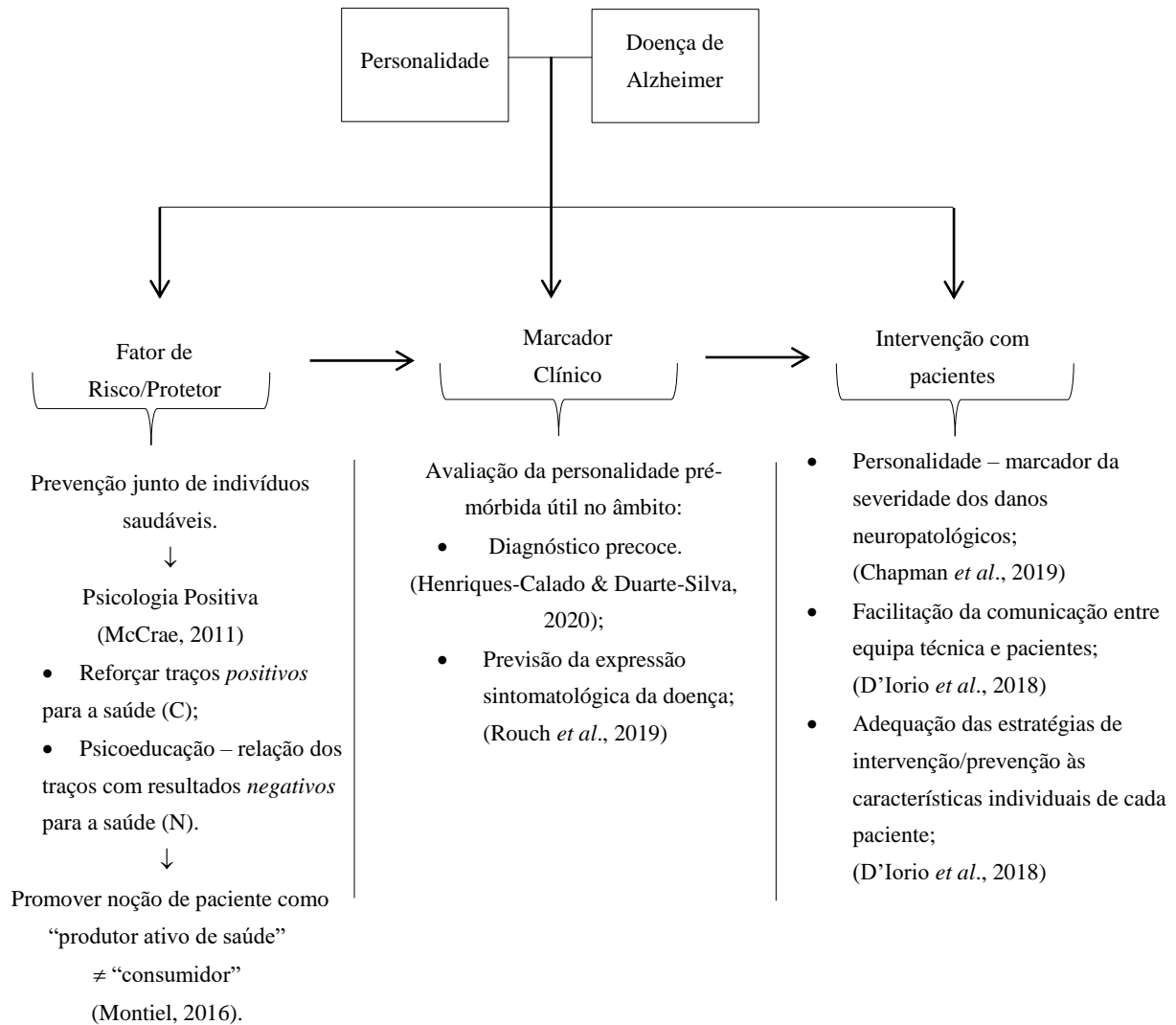
sentido (McCrae, 2011). No entanto, é necessário ter em consideração que nem todas as pessoas beneficiam de intervenções, em parte, pelas características da sua personalidade, sendo por isso, necessário ajustar os objectivos às características individuais de cada paciente (Lyubomirski *et al.*, 2005 *cit in* McCrae, 2011).

A investigação acerca de possíveis fatores de risco a esta patologia torna-se cada vez mais importante, dada a falta de tratamentos eficazes e o aumento exponencial de casos que se prevê para o futuro. Efetivamente, a literatura apresenta evidências científicas que corroboram o papel de determinadas pré-disposições individuais no risco aumentado de desenvolvimento de quadros demenciais. Neste sentido, parece ser necessária, por parte dos cuidados de saúde, uma maior consideração do papel das características individuais em todo o processo de saúde-doença, incluindo a vulnerabilidade patológica. Na Medicina parece prevalecer a tendência a valorizar dados concretos, como biomarcadores, enquanto são excluídas outras informações menos concretas referentes a problemáticas, bem-estar e características do indivíduo. No entanto, essas informações serão essenciais para um julgamento clínico adequado que leve em consideração a resposta individual ao processo de doença (Fava & Sonino, 2009; Tomba & Bech, 2012 *cit in* Berrocal *et al.*, 2016).

Hart (1995 *cit in* Berrocal *et al.*, 2016) ressalta, metaforicamente, a importância de considerarmos que quando o produto é a saúde, o paciente não é apenas um consumidor mas também um dos seus produtores. Neste sentido, e com vista a melhores resultados de saúde, é necessário uma mudança geral de perspectiva. Para que seja possível o paciente abandonar o papel passivo de mero “consumidor” para se tornar, junto dos profissionais de saúde, um “produtor ativo de saúde” (Hart, 1995 *cit in* Berrocal *et al.*, 2016). Importa assim promover os traços de personalidade associados a bons resultados de saúde, salientando o papel ativo dos pacientes no processo de saúde-doença. E promover a psicoeducação face a pacientes com perfis personalísticos associados a uma maior vulnerabilidade patológica, consciencializando-

os do impacto da manutenção de determinados padrões de pensamento, comportamento e emoção na nossa saúde física e psicológica.

Figura 1. Vantagens do Estudo da Personalidade no contexto da Doença de Alzheimer.



Projeto de Investigação

As circunstâncias vividas atualmente a nível mundial, geradas pela proliferação do COVID-19, resultaram em alterações e restrições em diferentes áreas da nossa vida e funcionamento. A área académica não foi exceção e, por esse motivo, a realização da componente empírica desta dissertação não teve vias de se realizar como era inicialmente ambicionado. No entanto, esta vertente estará presente, em parte, pela apresentação de uma proposta de investigação na área. Enriquecendo assim a presente revisão e articulando de certa forma o conhecimento teórico com a componente mais empírica do trabalho de investigação.

A questão base da presente investigação é explorar a relação existente entre os traços da personalidade pré-mórbida e o desenvolvimento da DA na idade avançada. Logo à partida, visto tratar-se de um estudo desenvolvimental, a abordagem metodológica mais adequada seria um estudo longitudinal. Ou seja, seguir um grupo de sujeitos durante a vida adulta, o que nos daria a possibilidade de avaliar a personalidade pré-mórbida até 10 a 15 anos anteriores ao *onset* da DA. Tendo em conta que os danos neuropatológicos da DA se iniciam até décadas anteriores à expressão sintomatológica da doença, importa avaliar a perfil personalístico periodicamente e durante um intervalo de tempo significativo. Deste modo é possível realizar uma leitura mais precisa dos resultados ao evitar a hipótese da causalidade reversa. A partir da qual persistiria a possibilidade do perfil de personalidade apurado ser já resultado de danos neurológicos precoces associados à patologia não podendo este ser considerado um fator de risco à mesma (Terracciano & Sutin, 2019). Por outro lado, através desta metodologia seria possível averiguar os traços de personalidade pré-mórbida e as suas alterações, ao longo de vários anos, até ao desenvolvimento ou não da DA em sujeitos saudáveis. No entanto, e apesar de viável e exequível, este tipo de investigação pressupõe obstáculos específicos à sua

operacionalização como a morosidade do processo, a mortalidade experimental e a repetição de medidas de avaliação que podem gerar aprendizagem na *performance* cognitiva.

Excluindo a metodologia prospectiva, e para que seja possível aceder ao perfil personalístico pré-mórbido de pacientes já diagnosticados com a DA é viável recorrer à hetero-avaliação da personalidade. A literatura aponta a avaliação da personalidade e *performance* cognitiva com recurso a informadores significativos como viável e até, por vezes, mais fiável comparativamente às auto avaliações. Por exemplo, Carr *et al.* (2000 *cit in* Ducheck *et al.* 2019) defendem que os relatos de informadores acerca de problemas de memória são mais preditivos da *performance* cognitiva e subsequente demência do que os auto relatos. Evidentemente, nos casos de DCL e DA a discrepância será devida à neurodegeneração e consequentes dificuldades cognitivas que dificultam a auto perceção. No entanto, alguns autores evidenciam que até sujeitos saudáveis serão menos capazes de se auto avaliarem em termos personalísticos em comparação com relatos de significativos, talvez pela perpetuação de auto perceção ao longo do tempo sem a reformulação das mesmas.

Neste sentido, o intuito central da nossa investigação seria realizar um estudo descritivo comparativo que permitisse comparar a personalidade pré-mórbida de dois grupos de adultos idosos: um grupo de participantes diagnosticados com DA e um grupo controlo composto por adultos idosos sem a presença de quadros demenciais. E a partir daí explorar: quais as dimensões e respetivas facetas da personalidade pré-mórbida estarão associadas à incidência da DA; o papel de possíveis variáveis confundentes na mediação da relação Personalidade – DA; a relação entre o perfil de personalidade e a *performance* cognitiva de adultos idosos saudáveis.

Hipóteses de Investigação com base na literatura existente:

H1: O Grupo DA apresentará valores superiores na dimensão N, referentes à personalidade pré-mórbida, em comparação ao Grupo Controlo;

H2: O Grupo Controlo apresentará valores superiores nas dimensões C e O da personalidade em comparação com a personalidade pré-mórbida do Grupo DA;

H3: Os indivíduos do Grupo Controlo com níveis superiores de N apresentarão resultados cognitivos inferiores em comparação com indivíduos com níveis inferiores de N.

Metodologia

Participantes

A amostra da investigação em delineamento seria composta por três grupos:

I. **Grupo DA:** Grupo composto por indivíduos de ambos os géneros, com idade superior a 65 anos e com o diagnóstico clínico de DA do tipo esporádica.

II. **Grupo Informantes DA:** Grupo composto por familiares, cuidadores ou outros significativos que se encontrem aptos a fornecer informação relativa à personalidade pré-mórbida do portador de DA cerca de 10 anos (mínimo) anteriores ao *onset* da patologia.

III. **Grupo Controlo:** Grupo composto por indivíduos de ambos os géneros, com idade superior a 65 anos e com ausência de diagnóstico de quadros demenciais ou expressão de sintomatologia comportamental associada. E sem qualquer outra patologia que interfira na participação do proposto.

Instrumentos

I. Questionário Sociodemográfico (QS)

A aplicação do QS tem o objetivo de apurar características sociodemográficas, bem como, clínicas e comportamentais como: Género, Idade, Naturalidade, Residência (Zona Rural ou Urbana), Escolaridade, Institucionalização (se sim, por quanto tempo), Anterior Ocupação Laboral, Idade de Reforma, Nível Socioeconómico, Acompanhamento Prévio em

Psiquiatria ou Psicologia, Presença de DA (se sim, idade do diagnóstico), Presença de Outras Patologias, Saúde Subjectiva, Religião/Espiritualidade, Hábito Tabágico, Prática de Exercício Físico e Alimentação. O questionário está adaptado a ser administrado ao Grupo de Informantes e Grupo Controlo.

II. Inventário de personalidade NEO - Revisto (NEO-PI-R; McCrae & Costa, 1992; Lima & Simões, 2000)

O NEO-PI-R é um instrumento construído com o particular intuito de avaliar os principais domínios da personalidade e encontra-se adaptado e validado para a população portuguesa. Este é composto por 240 itens, em escala tipo Likert (1-5 pontos), que permitem avaliar as 6 facetas respetivas a cada uma das 5 dimensões (O, C, E, A, N). Os resultados permitem uma avaliação compreensiva da personalidade adulta (a partir dos 17 anos) através da análise de tendências atitudinais, emocionais e cognitivas de cada indivíduo. Ademais é um instrumento apto a ser administrado a partir de duas modalidades: auto e hetero-avaliação (formas S e R do inventário). Integrando ainda alguns indicadores da validade das respostas: Aquiescência, Negações e Resposta em branco.

III. Escala de Depressão Geriátrica (GDS-30; Yesavage *et al.*, 1983; Simões *et al.*, 2017)

A GDS-30 é uma escala adaptada e validada para a população portuguesa com foco no rastreio dos sintomas depressivos característicos da terceira idade. Esta é composta por 30 itens de resposta dicotómica que permitem analisar fatores cognitivos e comportamentais associados à presença de quadros depressivos. Que se relacionam a aspectos como a motivação, energia, orientação para o passado/futuro, humor, queixas cognitivas, ansiedade e irritabilidade. Os resultados permitem destacar diferentes níveis de sintomatologia depressiva: normal (0-9 pontos), depressão moderada (10-19 pontos) e depressão severa (20-30 pontos).

IV. **Montreal Cognitive Assessment** (MoCA; Nasreddine *et al.*, 2005; Freitas *et al.*, 2011)

O MoCA é um instrumento de rastreio cognitivo breve, validado e adaptado para a população portuguesa, que apresenta uma sensibilidade significativa a fases iniciais de declínio cognitivo. Este instrumento avalia oito domínios cognitivos: Função Executiva, Capacidade Viso-Espacial, Memória, Atenção, Concentração, Memória de Trabalho, Linguagem e Orientação. A administração é rápida (cerca de 10 minutos) e a pontuação máxima corresponde a 30 pontos, sendo que a partir de 26 pontos é considerado um resultado normal com ausência de DCL.

Seleção e Procedimentos

Em primeiro lugar seria necessário o recrutamento e estabelecimento de contacto com o Grupo DA a partir do recurso a instituições disponíveis a colaborar no proposto. Seguidamente, com o auxílio de cada portador da DA e responsáveis da instituição, seria identificado um significativo do paciente que estivesse presente na vida do mesmo há cerca de 10 anos, no mínimo. Após selecionados os integrantes do Grupo Informantes, estes seriam elucidados acerca dos objectivos do estudo e solicitados a participar, tendo em conta o papel de importância dos mesmos na investigação. Caso a solicitação fosse aceite, seria agendado um encontro formal para administração dos seguintes pela ordem indicada: 1) Consentimento Informado; 2) Questionário Sociodemográfico (heteroavaliação); 3) NEO – PI – R (versão heteroavaliação, tendo em conta 10 anos ou mais anteriores ao diagnóstico). A realização do proposto duraria cerca de 30 minutos. Em relação ao Grupo DA, ao contrário do Grupo

Controlo, não serão administradas medidas de sintomatologia depressiva ou estado cognitivo, uma vez que, o DCL já estará estabelecido.

Por outro lado será necessário realizar o recrutamento de participantes para o Grupo Controlo tendo em conta a faixa etária do grupo DA, com recurso a instituições e outros adultos idosos da comunidade em geral. Após explícitos os objectivos do estudo, os participantes do Grupo Controlo seriam solicitados a colaborar no mesmo. Posteriormente seria agendado um encontro formal com o intuito de ser aplicado o Consentimento Informado e os respectivos instrumentos pela ordem indicada: 1) MoCA; 2) GDS-30; 3) NEO-PI-R (versão auto avaliação).

No que concerne à análise estatística, inicialmente será necessário averiguar a qualidade dos dados obtidos para evitar a existência de *missings* e *outliers*. Segue-se a realização de estatísticas descritivas com o intuito de caracterizar a amostra quanto às variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais obtidas através do QS. E também análises descritivas dos diferentes instrumentos aplicados para averiguar as médias de resposta de cada dimensão e pontuações finais. Serão realizados testes de normalidade (Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk), para ambos os grupos (Informantes e Controlo) com o intuito de verificar se a distribuição de probabilidade associada ao conjunto de dados pode ser aproximada pela distribuição normal e então, optar pela realização de testes paramétricos ou não paramétricos. No caso de ser averiguada uma distribuição normal, seria procedido o teste *t* para duas amostras independentes (*unpaired t-test*). Com o principal intuito de comparar as médias de dois grupos independentes e averiguar se existe realmente uma diferença estatisticamente significativa entre os dois (Grupo DA e Informantes). Por fim, também será importante testar um modelo de regressão linear múltipla com o objetivo de avaliar a capacidade preditiva de variáveis medidas pelo NEO-PI-R na incidência de DA como também

na *performance* cognitiva de indivíduos saudáveis, controlando outras variáveis apuradas no QS.

Conclusão

A redação da presente dissertação permitiu aprofundar e explorar a relação existente entre a personalidade, mais especificamente pré-mórbida e a DA. No entanto, a relação entre estes dois constructos mostra-se complexa integrando múltiplos mecanismos de influência. E, quer seja pelo alcance das principais dimensões da personalidade, quer pelas diferentes formas pelas quais estas podem atuar nos resultados de saúde, as hipóteses de estudo nesta área são diversificadas. Neste sentido, pretendeu-se sobretudo identificar “quais” e “como” determinados traços de personalidade atuam na vulnerabilidade patológica e curso da DA. Comprovando-se que, efectivamente, o estudo e avaliação da personalidade no contexto da DA poderá contribuir para a promoção do conhecimento etiológico e planeamento de estratégias de prevenção e intervenção mais adaptadas às características individuais destes pacientes.

Dada a falta de tratamentos eficazes e crescimento exponencial de casos de DA que se prevê para o futuro, torna-se cada vez mais importante a análise de possíveis fatores de risco para a doença. A esse respeito, a literatura apresenta um relativo consenso ao nível das dimensões N (por excesso) e C (por defeito) enquanto fatores predisponentes ao desenvolvimento da DA na idade avançada. No entanto, são essenciais mais estudos que permitam fortalecer a base empírica do estudo da personalidade e respetivos benefícios para a prevenção na DA. Neste sentido, importa que futuras investigações nesta área tenham em consideração importantes recomendações com base na literatura existente. Primeiramente, e tendo em conta o início precoce dos danos neuropatológicos, a análise da personalidade pré-mórbida deverá ser realizada até décadas anteriores ao *onset* da doença, através de um estudo longitudinal ou com recurso à heteroavaliação da personalidade. A análise detalhada das diferentes facetas de cada dimensão parece importante uma vez que, como vimos, duas pessoas com valores elevados de N podem ter características e tendências atitudinais distintas

(hipocondria vs. evitamento) que têm consequências diferentes ao nível da saúde. A consideração de diferentes combinações de traços personalísticos também parece relevante, uma vez que, as características de um traço poderão ser atenuadas pela presença acentuada de outro. Importará também explorar o papel de possíveis variáveis confundentes na relação personalidade-DA como fatores clínicos, comportamentais e sociodemográficos. E essencialmente, serão precisos estudos longitudinais que permitam averiguar a eficácia de intervenções com foco no reforço de traços *positivos* e/ou atenuação de traços *negativos* para a saúde, face ao surgimento da DA na idade avançada ou no atraso do *onset* de quadros demenciais incapacitantes.

É de salientar que, efetivamente, a avaliação da personalidade constitui uma ferramenta valiosa na medida em que permite gerar uma visão mais íntegra do paciente e assim uma maior compreensão das suas características individuais inclusivamente forças/fraquezas e tendências atitudinais que predizem diferentes resultados comportamentais e de saúde. Quanto maior o acesso a este conhecimento mais eficaz e adequada será a seleção de estratégias de prevenção com vista a: 1) antecipar a vulnerabilidade patológica junto de indivíduos saudáveis; 2) atuar no curso da patologia com pacientes já diagnosticados. Importa sobretudo a continuação da investigação de possíveis fatores de risco e estratégias terapêuticas mais eficazes, áreas nas quais o estudo da personalidade poderá ter um papel de crescente importância. O fomento de uma visão mais holística dos pacientes e a formulação de um julgamento clínico mais ajustado às diferenças e necessidades individuais parece urgente. “*One size does not fit all*” e neste sentido importa promover a significância clínica atribuída ao construto personalidade no contexto de todo o processo saúde-doença. Que neste caso envolve não só a vulnerabilidade patológica mas também, o diagnóstico, expressão sintomatológica e intervenção clínica na Doença de Alzheimer.

Bibliografia

- Allport, G. W. (1937). *Personality: a psychological interpretation* (p. 48). Holt.
- Berrocal, C., Fava, G. A., & Sonino, N. (2016). Contribuciones de la Medicina Psicosomática a la Medicina Clínica y Preventiva. *Anales de Psicología*, 32(3), 828. doi:10.6018/analesps.32.3.219801
- Boeree, C. G. (2006). *Personality Theories*. Retirado de: <http://webpace.ship.edu/cgboer/perscontents.html>
- Bogg, T., & Roberts, B. W. (2004). Conscientiousness and health-related behaviors: A meta-analysis of the leading behavioral contributors to mortality. *Psychological Bulletin*, 130(6), 887–919. doi:10.1037/0033-2909.130.6.887
- Capitania, J. P. (2008). Personality and disease. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22(5), 647–650. doi:10.1016/j.bbi.2008.02.002
- Carver, C. S., & Connor-Smith, J. (2010). Personality and coping. *Annual Review of Psychology*, 61(1), 679–704. doi:10.1146/annurev.psych.093008.100352
- Chapman, B. P., Huang, A., Peters, K., Horner, E., Manly, J., Bennett, D. A., & Lapham, S. (2020). Association Between High School Personality Phenotype and Dementia 54 Years Later in Results From a National US Sample. *JAMA psychiatry*, 77(2), 148–154. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.3120>
- Cherry, K. (2020, 13 de julho). The Big Five Personality Traits. Retirado de: <https://www.verywellmind.com/the-big-five-personality-dimensions-2795422#:~:text=In%20This%20Article&text=The%20five%20broad%20personality%20traits,how%20many%20personality%20traits%20exist>.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1987). Personality assessment in psychosomatic medicine. Value of a trait taxonomy. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 17, 71–82. doi:10.1159/000414007

- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). Normal personality assessment in clinical practice: The NEO personality inventory. *Psychological Assessment*, 4(1), 5–13. doi:10.1037/1040-3590.4.1.5
- DeYoung, C. G., Hirsh, J. B., Shane, M. S., Papademetris, X., Rajeevan, N., & Gray, J. R. (2010). Testing predictions from personality neuroscience. *Psychological Science*, 21(6), 820–828. doi:10.1177/0956797610370159
- D’Iorio, A., Garramone, F., Piscopo, F., Baiano, C., Raimo, S., & Santangelo, G. (2018). Meta-analysis of personality traits in Alzheimer’s disease: A comparison with healthy subjects. *Journal of Alzheimer’s Disease*, 62(2), 773–787. doi:10.3233/jad-170901
- Duchek, J. M., Aschenbrenner, A. J., Fagan, A. M., Benzinger, T. L., Morris, J. C., & Balota, D. A. (2019). The relation between personality and biomarkers in sensitivity and conversion to Alzheimer-type dementia. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 26(6), 596–606. doi:10.1017/S1355617719001358
- Duchek, J. M., Balota, D. A., Storandt, M., & Larsen, R. (2007). The power of personality in discriminating between healthy aging and early-stage Alzheimer’s disease. *The Journals of Gerontology: Series B*, 62(6), P353–P361. doi:10.1093/geronb/62.6.p353
- Edwards III, G. A., Gamez, N., Escobedo Jr., G., Calderon, O., & Moreno-Gonzalez, I. (2019). Modifiable risk factors for Alzheimer’s disease. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 11. doi:10.3389/fnagi.2019.00146
- Escher, C. M., Sannemann, L., & Jessen, F. (2019). Stress and Alzheimer’s disease. *Journal of Neural Transmission*. doi:10.1007/s00702-019-01988-z
- Fava, G. A., Sonino, N., & Wise, T. N. (2011). *Principles of Psychosomatic Assessment*. *Advances in Psychosomatic Medicine*, 1–18. doi:10.1159/000329997
- Ferguson, E. (2013). Personality is of central concern to understand health: towards a theoretical model for health psychology. *Health Psychology Review*, 7(sup1), S32–S70. doi:10.1080/17437199.2010.547985

- Freitas, S., Simões, M. R., Alves, L., & Santana, I. (2011). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Normative study for the Portuguese population. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 33(9), 989-996. doi:10.1080/13803395.2011.589374
- Friedman, H. S. (2008). The multiple linkages of personality and disease. *Brain, Behavior, and Immunity*, 22(5), 668-675. doi:10.1016/j.bbi.2007.09.004
- Henriques-Calado, J., Duarte-Silva, M. E., & Ferreira, A. S. (2016). Personality traits in women with Alzheimer's disease: Comparisons with control groups with the NEO-FFI. *Personality and Individual Differences*, 101, 341-347. doi:10.1016/j.paid.2016.06.024
- Henriques-Calado, J., & Duarte-Silva, M. E. (2020). The predictive power of personality through psychopathology in Alzheimer's disease: a control study of self-report and baseline retrospective assessment. *Psychology, Health & Medicine*, 1-9. doi:10.1080/13548506.2020.1734218
- Huang, J. (2018). *Doença de Alzheimer*. Manual MSD - Versão para Profissionais de Saúde. Kenilworth, EUA
- Huang, J. (2018b). *Sintomas comportamentais e psicológicos da demência*. Manual MSD - Versão para Profissionais de Saúde. Kenilworth, EUA
- Kaup, A. R., Harmell, A. L., & Yaffe, K. (2019). Conscientiousness is associated with lower risk of dementia among black and white older adults. *Neuroepidemiology*, 52(1-2), 86-92. doi:10.1159/000492821
- Kern, M. L., & Friedman, H. S. (2011). Personality and pathways of influence on physical health. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(1), 76-87. doi:10.1111/j.1751-9004.2010.00331.x
- Kotov, R., Gamez, W., Schmidt, F., & Watson, D. (2010). Linking "big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 136(5), 768-821. doi:10.1037/a0020327
- Lima, M. P. & Simões, A. (2000). NEO-PI-R Manual Profissional (1ª ed.). Lisboa: CEGOC.

- Luchetti, M., Terracciano, A., Stephan, Y., & Sutin, A. R. (2015). Personality and cognitive decline in older adults: Data from a longitudinal sample and meta-analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 71(4), 591-601. doi:10.1093/geronb/gbu184
- McCrae, R. R. (2011). Personality traits and the potential of positive psychology. Em: Sheldon, K. M., Kashdan, T. B. & Steger, M. F. (eds.). *Designing positive psychology: Taking stock and moving forward* (pp. 193-206). Oxford University Press. doi:10.1093/acprof:oso/9780195373585.003.0013
- Minghui, R. (2019). Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines. Geneva: World Health Organization.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695–699. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x
- Ownby, R. L., Crocco, E., Acevedo, A., John, V., & Loewenstein, D. (2006). Depression and risk for Alzheimer disease. *Archives of General Psychiatry*, 63(5), 530. doi:10.1001/archpsyc.63.5.530
- Roberts, B. W., Kuncel, N. R., Shiner, R., Caspi, A., & Goldberg, L. R. (2007). The power of personality: The comparative validity of personality traits, socioeconomic status, and cognitive ability for predicting important life outcomes. *Perspectives on Psychological Science*, 2(4), 313–345. doi:10.1111/j.1745-6916.2007.00047.x
- Robins Wahlin, T.-B., & Byrne, G. J. (2010). Personality changes in Alzheimer's disease: Systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(10), 1019–1029. doi:10.1002/gps.2655
- Rouch, I., Dorey, J.-M., Padovan, C., Trombert-Paviot, B., Benoit, M., Laurent, B. (2019). Does personality predict behavioral and psychological symptoms of dementia? Results from PACO prospective study. *Journal of Alzheimer's Disease*, 69(4), 1–10. doi:10.3233/jad-190183
- Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., Oliván, M., Casella, L., Cuenya, L., Blum, G., & Pedrón, V. (2010). Modelo Psicobiológico de Personalidad de Eysenck: una historia proyectada hacia el futuro.

- Simões, M. R., Souza, L. B., Vilar, M., Pinho, M. S., Prieto, G., & Firmino, H. (2017). Escala de Depressão Geriátrica (GDS). In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, & L. S. Almeida (Coord.), *Psicologia Clínica e da Saúde* (pp.219-223). Lisboa: PACTOR.
- Singh-Manoux, A., Yerramalla, M. S., Sabia, S., Kivimäki, M., Fayosse, A., Dugravot, A., & Dumurgier, J. (2020). Association of big-5 personality traits with cognitive impairment and dementia: A longitudinal study. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 1-7.. doi:10.1136/jech-2019-213014
- Soliemanifar, O., Soleymanifar, A., & Afrisham, R. (2018). Relationship between Personality and Biological Reactivity to Stress: A Review. *Psychiatry investigation*, 15(12), 1100–1114. <https://doi.org/10.30773/pi.2018.10.14.2>
- Stemmler, G., & Wacker, J. (2010). Personality, emotion, and individual differences in physiological responses. *Biological Psychology*, 84(3), 541–551. doi:10.1016/j.biopsycho.2009.09.012
- Stern Y. (2006). Cognitive reserve and Alzheimer disease. *Alzheimer disease and associated disorders*, 20(2), 112–117. doi:10.1097/01.wad.0000213815.20177.19
- Sutin, A. R., Stephan, Y., & Terracciano, A. (2017). Facets of Conscientiousness and risk of dementia. *Psychological Medicine*, 48(6), 974–982. doi:10.1017/s0033291717002306
- Terracciano, A., & Sutin, A. R. (2019). Personality and Alzheimer’s disease: An integrative review. *Personality Disorders: Theory, Research, and Treatment*, 10(1), 4–12. doi:10.1037/per0000268
- Terracciano, A., Stephan, Y., Luchetti, M., Albanese, E., & Sutin, A. R. (2017). Personality traits and risk of cognitive impairment and dementia. *Journal of Psychiatric Research*, 89, 22–27. doi:10.1016/j.jpsychires.2017.01.011
- Terracciano, A., Sutin, A. R., An, Y., O’Brien, R. J., Ferrucci, L., Zonderman, A. B., & Resnick, S. M. (2014). Personality and risk of Alzheimer’s disease: New data and meta-analysis. *Alzheimer’s & Dementia*, 10(2), 179–186. doi:10.1016/j.jalz.2013.03.002

- Vollrath, M., & Torgersen, S. (2000). Personality types and coping. *Personality and Individual Differences*, 29(2), 367–378. doi:10.1016/s0191-8869(99)00199-3
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982-1983). Development and validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- Zufferey, V., Donati, A., Popp, J., Meuli, R., Rossier, J., Frackowiak, R., ... Kherif, F. (2017). Neuroticism, depression, and anxiety traits exacerbate the state of cognitive impairment and hippocampal vulnerability to Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia: Diagnosis, Assessment & Disease Monitoring*, 7(1), 107–114. doi:10.1016/j.dadm.2017.05.002