

TRAÇOS DE PERSONALIDADES E DOENÇAS CARDIOVASCULARES: QUAIS SÃO AS RELAÇÕES?

Resumo

Introdução: As doenças cardiovasculares representam um grande ônus para a saúde pública, são a principal causa de morte no mundo e têm gerado perda da qualidade de vida, limitações nas atividades de trabalho e lazer, além de impactos econômicos às famílias e à sociedade em geral. Estudos têm demonstrado que os traços de personalidades podem ser importantes fatores a serem levados em conta no diagnóstico, manejo e prognósticos das doenças cardiovasculares.

Objetivos: O presente estudo teve como objetivos avaliar as influências negativas dos tipos de personalidades no sistema cardiovascular e propor possíveis prevenções e tratamentos.

Métodos: Realizou-se uma revisão sistemática de estudos sobre os tipos de personalidades e eventos cardiovasculares nas bases de dados Lilacs, SciELO, PubMed e CAPES. Não houve restrição quanto ao idioma utilizado nas publicações. Utilizou-se as recomendações do documento Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA), o qual tem como objetivo orientar a divulgação de revisões sistemáticas e meta-análises na área da saúde.

Resultados: Com base nos estudos abordados, as personalidades do tipo A e D podem afetar os resultados cardiovasculares principalmente por suas propensões ao sofrimento mental. Autores apontam que ambas estão relacionadas com aumentos significativos de riscos em doenças cardiovasculares; o tipo A foi associado com infarto do miocárdio, enquanto o tipo D é dito preditor de desfechos desfavoráveis em pacientes com doenças coronarianas, infarto do miocárdio, doença arterial periférica e em pacientes submetidos à intervenção coronária percutânea e transplante de coração; esses indivíduos estão mais expostos ao estresse, aos estilos de vida não saudáveis, não realização de reabilitação e baixa adesão ao tratamento.

Conclusões: Os estudos ressaltam a importância de se delimitar estratégias psicoeducativas na atenção aos pacientes, sendo, portanto, a identificação precoce do sofrimento e o manejo psicossocial meios de ajudar os pacientes a lidar com a doença e melhorar sua qualidade de vida. Para tanto, faz-se necessário incluir itens que avaliam o perfil afetivo e personalidades dos pacientes nos protocolos de avaliação cardiovascular com o intuito de identificar possíveis fatores que sinalizem piora da doença ou não adesão ao tratamento.

Palavras-chaves: personalidades; estresse, risco cardiovascular; comportamento.

Introdução

As doenças cardiovasculares representam um grande ônus para a saúde pública, são a principal causa de morte no mundo e têm gerado perda da qualidade de vida, limitações nas atividades de trabalho e lazer, além de impactos econômicos para as famílias e sociedade em geral. A etiologia multifatorial das doenças cardiovasculares é amplamente conhecida, os fatores de risco são classificados em duas modalidades: (1) aspectos não modificáveis tais como hereditariedade, idade, sexo e (2) fatores de risco passíveis de intervenção e modificação como hipertensão arterial sistêmica, colesterol aumentado, tabagismo, sedentarismo, obesidade, diabetes mellitus e fatores psicossociais.¹

Muitos estudos têm demonstrado que os fatores psicológicos como traços de personalidade, depressão e ansiedade podem ser importantes desencadeadores de doenças cardiovasculares², a Pesquisa Britânica de Saúde e Estilo de Vida conclui que o neuroticismo está associado a um maior risco de mortalidade e cardiopatias.³ Na prática clínica, o sofrimento pode implicar em dificuldade em lidar com a doença, mudanças no bem-estar emocional, desconforto físico, sinais verbais e não verbais de desconforto, além de danos individuais que podem se tornar permanentes.

O vínculo entre os fatores psicológicos e as doenças cardiovasculares é bidirecional, pois fatores psicológicos podem ser comuns em certas doenças e pressagiam piores resultados, ou condições psicológicas podem pré-existir e preceder piores resultados.⁴ Dessa maneira, a identificação precoce desses pacientes caracterizados por agrupamento desfavorável de risco psicológico é importante para melhorar a qualidade de vida e reduzir os índices de mortalidade.

Métodos

Realizou-se uma revisão sistemática de estudos sobre os tipos de personalidades e eventos cardiovasculares nas bases de dados Lilacs, SciELO, PubMed e CAPES. Utilizou-se as recomendações do documento Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA)⁵, o qual tem como objetivo orientar a divulgação de revisões sistemáticas e meta-análises na área da saúde.

Estratégia de busca

As buscas virtuais foram realizadas nas bases de dados utilizando os operadores booleanos. Buscou-se por dados mais recentes através das seguintes estratégias: “cardiovascular diseases AND personality types”, “type A personality”, “type B personality”, “type C personality”, “type D personality”, “stress AND cardiovascular diseases”, “psychological factors AND cardiovascular diseases”.

As pesquisas foram realizadas em maio de 2020, as buscas dos artigos foram pautadas nos idiomas português, inglês ou espanhol e não houve delimitação de data de publicação.

Critérios de inclusão e exclusão dos estudos

Os estudos foram considerados elegíveis considerando os seguintes aspectos: 1) fossem artigos originais e 2) avaliassem as relações entre personalidades e doenças cardiovasculares. O principal critério de exclusão foi: trabalhos não relacionados às doenças cardiovasculares ou que tivessem avaliado um número pequeno de pacientes.

Inicialmente, os títulos e resumos dos artigos foram analisados a fim de verificar se atendiam aos critérios de inclusão definidos e/ou se apresentavam critério de exclusão.

Busca na literatura

Dos 77 artigos selecionados pelo título, 28 foram excluídos após a leitura do resumo pois não atendiam ao critério de inclusão e 49 artigos foram selecionados para a leitura do texto completo. Após avaliar os textos completos, 5 artigos foram excluídos por não abordar exclusivamente as doenças cardiovasculares ou por terem abordagens de tipos de personalidades diferentes da usada neste estudo.

Resultados

Traços de personalidades

Não há um consenso universal sobre a definição de personalidade. Geralmente se refere ao conjunto dinâmico e organizado de características de uma pessoa que influencia exclusivamente suas cognições, emoções, motivações e comportamentos em várias situações.⁶ Em linhas gerais, a personalidade é determinada por uma variedade de fatores, incluindo a hereditariedade, ambiente e fatores situacionais. Dessa forma, é uma construção multidimensional que pode ter uma ampla gama de resultados consequentes.⁷ Os traços de personalidades podem afetar variavelmente a saúde; no entanto, faltam informações detalhadas em relação ao mecanismo exato desses efeitos.

Personalidade do tipo A

O comportamento do tipo A foi o foco inicial de investigação sobre a questão da relação entre personalidade e doenças cardiovasculares. Esse traço de personalidade foi abordada por Rosenman e Friedman depois de 1950; pacientes com esse traço são apontados como pessoas com tendências competitivas, impulsivas e agressivas, cujas ações são contínuas e vigorosas em direção aos objetivos, menosprezando as eventuais circunstâncias adversas. De acordo com os autores, personalidade do Tipo A está relacionada com aumentos significativos de riscos de doenças cardiocirculatórias como Infarto do Miocárdio.² Tendo uma forte necessidade de elogios e falta de satisfação por seu trabalho, os indivíduos que exibem um padrão de personalidade do tipo A são verdadeiros “coletores de estresse”, propensos a desenvolver distúrbios psicossomáticos.⁸

Friedman (1996) também apontou a correlação entre esse padrão de personalidade e altos níveis de triglicérides e colesterol plasmático, hiperinsulinemia, tempos de coagulação reduzidos, altos níveis de cortisol plasmático e baixos níveis de hormônio de crescimento.⁹ Posteriormente, também foi proposto que indivíduos com características de personalidade do tipo A apresentam riscos maiores (cerca de sete vezes) de ter doença arterial coronariana e todas as outras causas de morte prematura.¹⁰ Um estudo feita em uma Universidade da Romênia constatou que os níveis de estresse, alexitimia e personalidade do tipo A são mais altos em estudantes de medicina, engenharia e economia do que na população em geral.⁸

Até a década de 80 houve um grande número de pesquisas sobre a personalidade do tipo A, que ocorreram em meio a controvérsias envolvendo a variedade e divergência no seu método de avaliação e o fato de possivelmente ser um conceito cultural não podendo ser empregado

às populações que não a ocidental.¹⁰⁻¹³ Por fim, não se obteve consenso científico em relação ao tipo A e sua correlação com o surgimento das cardiopatias, haja vista que os resultados das pesquisas se mostraram inconsistentes.¹³⁻¹⁵

O foco das pesquisas foi alterado, passaram a analisar com componentes isoladamente, focando na vivência de emoções negativas, tais como ansiedade, raiva, hostilidade, sintomas depressivos, estresse, exaustão vital, não só em momentos pontuais, mas como características estáveis e abrangentes dos indivíduos.

Personalidades dos tipos B e C

A personalidade do tipo B contrapõe-se ao tipo A, pessoas com o tipo B de comportamento são mais tranquilas e capazes de se recuperar mais rapidamente de situações estressantes do que indivíduos com personalidade do tipo A. Dessa forma, são apontadas como indivíduos com menos chances de desenvolverem doenças cardiovasculares.¹⁶

A personalidade do tipo C foi associada ao padrão inicialmente identificado em pacientes com melanoma maligno, refere-se ao enfrentamento inadequado relacionado à baixa frequência de expressão emocional e comunicação empobrecida destas emoções e necessidades, mantém uma fachada que os autores chamam de “normalidade e equilíbrio mental”.¹⁷

Personalidade do tipo D

A personalidade do tipo D é considerada um fator de risco independente para morbimortalidade em pacientes cardiovasculares e um fator de vulnerabilidade para sofrimento na população em geral.¹⁸ Segundo estudos, cunhado como “*type D*”, referente à palavra inglesa *distressed* que pode ser traduzida como aflito ou angustiado, denota que pessoas com a personalidade do Tipo D apresentam vivência crônica de afetividade negativa (AN) associada à inibição social (IS). Denollet et al (1996), com base na análise de estudos prévios que abordavam aspectos distintos de personalidade em pacientes com doença coronariana, verificaram estatisticamente alta correlação entre os traços de inibição social e afetividade negativa.^{19,20}

A afetividade negativa pode ser definida como a tendência à vivência contínua de estados de disforia e sentimentos como ansiedade, apreensão, irritabilidade e visão negativa de si próprio.²¹

A inibição social atua como fator de predisposição a experimentar sentimentos de tensão, insegurança e inibição no contato com outras pessoas, resultando em menor busca por suporte social, interações sociais de baixa qualidade, baixa autoestima e baixa expressão de afetos.^{21,22}

Segundo Denollet (1998, 2005), esses indivíduos tendem a buscar menos suporte social, têm interações sociais de baixa qualidade e baixa autoestima, tendem a se sentir inibidos, tensos e inseguros quando com outras pessoas. Ademais, são taciturnos, apresentam alta frequência de comportamentos de luta e esquiva, baixa frequência de expressão de emoções e sentem desconfortáveis em situações que devem se relacionar com outras pessoas, conhecidas ou não. Em geral, agem dessa maneira para evitar a rejeição e desaprovação de terceiros.

A junção entre esses dois fatores caracteriza um sujeito com maiores dificuldades emocionais e de relacionamento interpessoal, aumentando a vulnerabilidade a estados de depressão e ansiedade, a exposição a comportamento e hábitos de risco como uso de álcool e tabaco, além

de menor propensão à procura por atenção médica para suas queixas de saúde.²²

Seguindo a cronologia dos estudos, Batselé et al. (2017) define a personalidade do Tipo D como um construto que se refere a combinação de dois traços: AN com três traços predominantes de personalidade: disforia, ansiedade e irritabilidade; e o IS, de maneira semelhante, com as subescalas: desconforto social, retração e supressão de equilíbrio social.²³ Kupper e Denollet (2018) também afirmam que AN é caracterizada pela tendência em vivências de emoções negativas como raiva, tristeza, medo e irritabilidade. No geral, é atribuído a esse traço a tendência de não compartilhamento de emoções nas interações sociais em função do medo de rejeição ou desaprovação.

Lambertus et al. (2018) reforçam que, embora a personalidade do tipo D seja um fator de risco para o desenvolvimento de doenças físicas e mentais, ela não equivale a um transtorno mental específico como a depressão, por exemplo. Em linhas gerais, são traços normais de uma pessoa, sendo que as vivências pessoais de cada sujeito interferem na percepção de sua própria doença e nas que serão abordadas para lidar com sua condição de saúde.

Uma pesquisa sobre associação entre personalidade do tipo D e percepções de doença apontou que o Tipo D pode exercer parte de seu efeito adverso na saúde cardíaca por meio das percepções da doença, pacientes com esse traço de personalidade acreditam que sua doença terá sérias consequências, durará muito mais tempo e que o tratamento será menos eficaz no controle de sua doença. Possuir crenças que envolvem expectativas negativas e longa duração da doença podem estar relacionadas à menor qualidade de vida, não adesão à medicação, incapacidade, dificuldade em retornar ao trabalho e baixa assistência de reabilitação cardíaca.²⁴ As crenças desajustadas da doença podem impactar em alterações psicológicas, gerando ansiedade e depressão, e dificultar os comportamentos em saúde (autocuidado) e adesão a tratamento.

O entendimento da forma como a personalidade do tipo D exerce influência nos pacientes ainda é escasso, estudos têm relacionado seus efeitos em relação à desregulação do nível de cortisol, com aumento nos níveis de biomarcadores inflamatórios e disfunção endotelial.^{24,25}

Um estudo apontou que, entre os pacientes com alto risco de doença cardiovascular, a presença de personalidade do tipo D está associada a um elevado índice de massa corporal, triglicérides séricos significativamente mais altos e a comportamentos não saudáveis como tabagismo e baixa atividade física, o que pode ter mediado a elevada concentração de proteína C-reativa.²⁶ Uma pesquisa com base na população geral, a presença do Tipo D foi associada a inatividade física, enquanto uma porção maior de mulheres com tipo D relatou hipertensão e uma porção maior de homens relatou hipercolesterolemia do que pessoas não-Tipo D.²⁷

Em um estudo de 5 anos, Denollet, Holmes, Vrints e Coenraads (2007), acompanharam 51 pacientes com doenças cardiovasculares graves que foram submetidos a transplante cardíaco. Observaram que pacientes com personalidade do tipo D morreram quatro vezes mais do que pacientes em personalidade do tipo D após o procedimento, assim como apresentaram maiores índices de rejeição do enxerto, concluíram que a presença de personalidade do tipo D é um preditor independente de evolução desfavorável para pacientes submetidos a transplante cardíaco. Aquarius, Smolderen, Hamming, DeVries, Vriens e Denollet (2009) também realizaram estudo longitudinal, acompanhando por cerca de quatro anos 184 pacientes com diagnóstico de doença arterial periférica. Pacientes com personalidade do tipo D

apresentaram mais do que três vezes mais chance de morrer durante o período de seguimento do que pacientes sem personalidade do tipo D.²²

Deve-se levar em consideração que o estudo de Eysenck apontou que não se pode comprovar que esses fatores psicológicos, isoladamente, atuem como causadores das doenças. O que se propõe, então, é a interpretação de que os agravos sejam resultado da interação de múltiplos fatores, entre eles os relacionados com a personalidade.²⁸ O que diverge de uma pesquisa que apontou que a personalidade tipo D é fator prognóstico para mortalidade em doenças cardiovasculares, independente de outros fatores de risco biológico e gravidade da doença.²⁹ Assim, mais estudos sobre a compreensão de como traços de personalidade afetam a saúde cardiovascular são de extrema importância.

Enfim, os estudos anteriores mostraram que a personalidade do tipo D é um preditor de desfechos desfavoráveis em pacientes com doenças cardiovasculares, incluindo doenças coronarianas, infarto do miocárdio, insuficiência cardíaca congestiva, doença arterial periférica e pacientes submetidos à coronariografia percutânea de intervenção e transplante do coração. Pacientes com esse tipo de comportamento possuem maiores tendências à adoção de estilos de vida não saudáveis, não realização de programas de reabilitação e baixa adesão ao tratamento.³⁰

DS14: possível ferramenta de medida da personalidade do tipo D

A Type D Personality Scale (DS14), foi originalmente desenvolvida por Denollet (2005) e, posteriormente, foi traduzida e validada para a população brasileira por Suguihura (2014).¹⁹ O DS14 é uma breve medida de autorrelato que foi projetada especificamente para a avaliação padrão de uma propensão a problemas gerais e sofrimento emocional de indivíduos do tipo D. Essa ferramenta compreende sete itens que medem a subescala de Afetividade Negativa e sete itens que medem a subescala de Inibição Social. Em resumo, uma pontuação igual ou superior a 10 (faixa de 0 a 28) nas subescalas do DS14 designa aqueles que têm uma personalidade do tipo D.

O DS14 pode facilitar o diagnóstico precoce de possíveis fatores de risco psicológico que influenciam a doença cardíaca, aumentando, dessa forma, a probabilidade de intervenção clínica personalizada, com o apoio multiprofissional, em pacientes de alto risco, caracterizados por níveis aumentados de fatores de risco psicológico.

Um estudo concluiu que os presentes achados confirmam que o DS14 mede adequadamente os traços de personalidade do tipo D, com alta confiabilidade em ambos os traços no ponto de corte de 10. Esse ponto de corte é preciso na classificação de indivíduos como tipo D vs. não tipo D. Enfim, os estudos forneceram evidências para a noção de que o DS14 é um instrumento válido para avaliar e comparar a personalidade do tipo D em condições clínicas.^{22, 31}

STOP-D: possível ferramenta de triagem de sofrimento psicossocial

Um estudo descreveu o processo de validação da Ferramenta de Triagem para Angústia Psicossocial (STOP-D) para a população brasileira, demonstrando que se trata de um instrumento adequado para triagem de pacientes cardiopatas que apresentam piores condições de saúde por conta do sofrimento, haja vista que o estresse está intimamente relacionado à piora do curso clínico. Demonstrou-se que STOP-D pode ser implementada na prática clínica

de rotina, visto que é um instrumento simples, gratuito e acessível a todos os profissionais de saúde envolvidos. Dessa maneira, pacientes com alto nível de sofrimento devem ser encaminhados para uma equipe de apoio psicossocial.

Vale ressaltar que, com base no estudo abordado, a versão brasileira de STOP-D, adaptada e validada, manteve as propriedades da original abordada, inicialmente, no St. Paul's Hospital (Canadá).

Com relação a análise estatística, o estudo demonstrou possuir uma excelente sensibilidade (> 92,9%) e uma grande área sob a curva ROC, indicando uma precisão de 85% na detecção de angústia em pacientes com doença cardíaca.

Nesse contexto, o estudo ilustrou a importância da utilização do STOP-D no manejo dos pacientes e a necessidade de mais profissionais interdisciplinares no tratamento de cardiopatas.³²

Discussão

A literatura sugere que pessoas com laços sociais ruins ou uma pequena rede social estão em maior risco de doenças cardiovasculares.^{33,34} Além disso, a importância de um estilo de vida saudável (ou seja, a cessação do tabagismo, o alto consumo de vegetais e frutas, uma dieta com pouca gordura, ingestão moderada de álcool e exercício físico) e o controle de fatores de risco modificáveis (obesidade, diabetes mellitus e dislipidemia) são aspectos cruciais para a prevenção e tratamento, conforme enfatizado nas diretrizes internacionais sobre prevenção e manejo de doenças cardiovasculares.³⁵⁻³⁷

Como analisado na literatura, os traços de personalidade do tipo A e D estão associados aos fatores psicológicos ligados ao desencadeamento de piores desfechos cardiovasculares pelo desenvolvimento de estresse, ansiedade, depressão, baixa autoestima, etc. Portanto, ferramentas para diagnóstico do sofrimento mental são de extrema importância; como visto, o STOP-D e o DS14 podem ser englobados na prática clínica para manejo dos pacientes que necessitam de apoio multiprofissional.

Como forma de prevenção e tratamento de doenças cardiovasculares ocasionadas com influência dos traços de personalidade, o treino de controle de estresse e a terapia cognitiva comportamental são eficazes para ansiedade e depressão. A modulação de atividade cardiovascular em momentos de estresse emocional auxilia na adesão ao tratamento, promovendo restauração do modo de pensar e condução para um estilo de vida mais saudável o que estimula o autocuidado necessário para o manejo de doenças crônicas.²

Levando-se em consideração que pessoas que apresentam os traços de personalidade do tipo D podem apresentar baixa autoestima, um ponto importante a ser discutido é a importância da abordagem da autoestima desses pacientes através de uma avaliação individualizada focada nos aspectos biopsicossociais do paciente cardíaco, estudos comprovaram que a autoestima elevada pode estar associada à redução de doença coronariana³⁸ e melhora da qualidade de vida em pacientes com insuficiência cardíaca³⁹. Condições psicológicas positivas, como a autoestima, podem causar efeito cardioprotetor, evitando inflamação sistêmica e aterosclerose, ao contrário das condições psicológicas negativas, como depressão e desesperança que, como visto, podem decorrer de alguns traços de personalidades.

O estresse é um traço bastante associado, sobretudo, às personalidades dos tipos A e D e a

maior liberação de cortisol que induz muitos efeitos que promovem a doença coronariana,²⁰ portanto, medidas de controle são de fundamental importância. O exercício físico também pode ser usado como terapia de controle reduzindo a percepção do estresse, haja vista que o sistema cardiovascular participa dos processos de adaptação em resposta ao estresse e, em condições patológicas, há hiperativação do sistema nervoso simpático e liberação de mediadores inflamatórios, causando, dessa maneira, adaptações que induzem alterações, como hipertensão, formação de placas ateroscleróticas⁴⁰, isquemia miocárdica⁴¹ e cardiomiopatia⁴².

Estudos combinaram gerenciamento do estresse e exercício aeróbico em pacientes com evidências de isquemia miocárdica induzida pelo estresse⁴³. Um estudo demonstrou que os pacientes randomizados para controlar estresse apresentaram reduções na isquemia miocárdica durante o estresse mental e diminuíram os eventos cardíacos durante o acompanhamento em comparação com os cuidados usuais. Além disso, o gerenciamento do estresse foi associado a uma redução de 75% no risco cardiovascular, enquanto o treinamento físico foi associado a uma redução de cerca de 30% no risco cardiovascular.⁴³ O estudo SMART-Heart randomizou pacientes cardíacos para controlar o estresse ou fazer exercícios. A isquemia miocárdica foi avaliada durante o teste de estresse mental e as medidas da função do sistema nervoso autônomo e a função endotelial também foram registradas. Os pacientes tiveram melhoria na qualidade de vida, menores reduções na fração de ejeção durante o estresse mental, menos anormalidades no movimento da parede e melhorias na dilatação mediada pelo fluxo em comparação com os participantes do grupo controle.

Por fim, quanto às intervenções psicológicas, farmacológicas ou de medicina alternativa, a terapia comportamental cognitiva, treinamento de habilidades sociais, apoio emocional, psicoterapia interpessoal, relaxamento muscular progressivo, treinamento autogênico, respiração diafragmática, imagens guiadas, várias formas de meditação, hipnose, biofeedback, exercícios e outros tratamentos podem reduzir o estresse em pessoas do tipo D e melhorar sua capacidade de socializar.²³ Para entendimento dos benefícios de intervenções, um estudo realizou intervenções psicológicas ou comportamentais demonstrou que a psicoterapia estava associada a uma redução de 28% na mortalidade em comparação com indivíduos controle durante um período de acompanhamento de 2 anos. Além disso, este estudo mostrou que iniciar o tratamento dentro de 2 meses após um evento cardíaco apresentava maiores benefícios.⁴⁴

Conclusão

Considerando os grandes prejuízos humanos e financeiros promovidos pelas doenças cardiovasculares, continua sendo imprescindível encontrar fatores de risco no início da vida associados ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares que possam focalizar e informar medidas preventivas ou facilitar a adoção de abordagens que promovam comportamentos e atitudes saudáveis ao longo da vida.⁵⁵

De fato, os estudos ressaltam a importância de se delimitar estratégias psicoeducativas na atenção aos pacientes, sendo, portanto, a identificação precoce do sofrimento e o manejo psicossocial meios de ajudar os pacientes a lidar com a doença e melhorar sua qualidade de vida. Para tanto, faz-se necessário incluir itens que avaliam o perfil afetivo e personalidades

dos pacientes nos protocolos de avaliação cardiovascular com o intuito de identificar possíveis fatores que sinalizem piora da doença ou não adesão ao tratamento.

Referências

1. WITTKOPF, Priscilla Geraldine et al. Semelhanças entre comportamentos e papéis sociais apresentados por mulheres e homens com doença arterial coronariana. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 23, n. 2, p. 71-75, 2016.
2. QUINTANA, Jacqueline Feltrin. The relationship between hypertension with other risk factors for cardiovascular disease and treatment for cognitive behavioral psychotherapy. **Revista da SBPH**, v. 14, n. 1, p. 03-17, 2011.
3. SHIPLEY, Beverly A. et al. Neuroticism, extraversion, and mortality in the UK Health and Lifestyle Survey: a 21-year prospective cohort study. **Psychosomatic medicine**, v. 69, n. 9, p. 923-931, 2007.
4. PIÑA, Ileana L.; DI PALO, Katherine E.; VENTURA, Hector O. Psychopharmacology and cardiovascular disease. **Journal of the American College of Cardiology**, v. 71, n. 20, p. 2346-2359, 2018.
5. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PLoS Med** 2009; 6:e1000097.
6. RYCKMAN, Richard M. Theories of personality. **Cengage Learning**, 2012.
7. SAHOO, Swapnajeet et al. Role of personality in cardiovascular diseases: An issue that needs to be focused too!. **Indian heart journal**, v. 70, p. S471-S477, 2018.
8. LALĂ, A.; BOBÎRNAC, G.; TIPA, R. Stress levels, alexithymia, type A and type C personality patterns in undergraduate students. **Journal of medicine and life**, v. 3, n. 2, p. 200, 2010.
9. FRIEDMAN, Meyer. Type A behavior: Its diagnosis and treatment. **Springer Science & Business Media**, 1996.
10. DENOLLET, Johan; BRUTSAERT, Dirk L. Personality, disease severity, and the risk of long-term cardiac events in patients with a decreased ejection fraction after myocardial infarction. **Circulation**, v. 97, n. 2, p. 167-173, 1998.
11. IKEDA, Ai et al. Type A behaviour and risk of coronary heart disease: the JPHC Study. **International journal of epidemiology**, v. 37, n. 6, p. 1395-1405, 2008.
12. KAWACHI, Ichiro et al. Prospective study of a self-report type A scale and risk of coronary heart disease: test of the MMPI-2 type A scale. **Circulation**, v. 98, n. 5, p. 405-412, 1998.

13. SPINDLER, Helle et al. Positive affect and negative affect correlate differently with distress and health-related quality of life in patients with cardiac conditions: Validation of the Danish Global Mood Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, v. 67, n. 1, p. 57-65, 2009.
14. DIMSDALE, Joel E. A perspective on type A behavior and coronary disease. 1988.
15. ROZANSKI, Alan; BLUMENTHAL, James A.; KAPLAN, Jay. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*, v. 99, n. 16, p. 2192-2217, 1999.
16. LEE, Jeong-Mi; WATANUKI, Shigeki. Cardiovascular responses of Type A and Type B behavior patterns to visual stimulation during rest, stress and recovery. *Journal of physiological anthropology*, v. 26, n. 1, p. 1-8, 2007.
17. TEMOSHOK, Lydia R. et al. Type C coping, alexithymia, and heart rate reactivity are associated independently and differentially with specific immune mechanisms linked to HIV progression. *Brain, behavior, and immunity*, v. 22, n. 5, p. 781-792, 2008.
18. BEUTEL, M. E. et al. Type D personality as a cardiovascular risk marker in the general population: results from the Gutenberg health study. *Psychotherapy and psychosomatics*, v. 81, n. 2, p. 108-117, 2012.
19. DO NASCIMENTO, Natan Pinto et al. Avaliação de Personalidade Tipo D e Percepção de Doença em Pacientes Cardiopatas. *Revista Psicologia e Saúde*, p. 67-82, 2019.
20. SHER, Leo. Type D personality: the heart, stress, and cortisol. *Qjm*, v. 98, n. 5, p. 323-329, 2005.
21. URSO JUNIOR, João. **Stress e personalidade: overview e avaliação crítica de revisões sistemáticas sobre padrão comportamental tipo a e personalidade tipo d com desfechos coronarianos**. 2011. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
22. SUGUIHURA, Ana Luisa Magaldi. **Personalidade tipo D e doenças cardiovasculares: adaptação de uma escala**. 2014. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.
23. BATSELÉ, Elise et al. Type D personality: application of DS14 French version in general and clinical populations. *Journal of Health Psychology*, v. 22, n. 8, p. 1075-1083, 2017.
24. VAN DOOREN, Fleur EP et al. Association of Type D personality with increased vulnerability to depression: Is there a role for inflammation or endothelial dysfunction?—The Maastricht Study. *Journal of affective disorders*, v. 189, p. 118-125, 2016.
25. MONDELLI, Valeria; PARIANTE, Carmine M. On the heart, the mind, and how inflammation killed the Cartesian dualism. Commentary on the 2015 Named Series:

Psychological Risk Factors and Immune System Involvement in Cardiovascular Disease. *Brain, Behavior, and Immunity*, v. 50, p. 14-17, 2015.

26. EINVIK, Gunnar et al. Prevalence of cardiovascular risk factors and concentration of C-reactive protein in Type D personality persons without cardiovascular disease. **European Journal of Cardiovascular Prevention & Rehabilitation**, v. 18, n. 3, p. 504-509, 2011.

27. HAUSTEINER, Constanze et al. Clustering of negative affectivity and social inhibition in the community: prevalence of type D personality as a cardiovascular risk marker. **Psychosomatic Medicine**, v. 72, n. 2, p. 163-171, 2010.

28. Eysenck, H. I. (1996). Personality and crime: Where do we stand. **Psychology, Crime & Law**, 2(3), 143-152. doi: 10.1080/10683169608409773.

29. DENOLLET, Johan et al. Personality as independent predictor of long-term mortality in patients with coronary heart disease. **The Lancet**, v. 347, n. 8999, p. 417-421, 1996.

30. ROZANSKI, Alan et al. The epidemiology, pathophysiology, and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: the emerging field of behavioral cardiology. **Journal of the american college of cardiology**, v. 45, n. 5, p. 637-651, 2005.

31. EMONS, W. H. M.; DENOLLET, J. Latent class cluster analysis of the Type D personality construct in hypertensive patients and healthy controls. **J Pers Soc Psychol**, 2007.

32. GONTIJO, Isabella Barros Rabelo et al. Validation of the Brazilian Version of the Screening Tool for Psychosocial Distress (Stop-D) for Cardiac Patients. *International Journal of Cardiovascular Sciences*, v. 32, n. 5, p. 438-446, 2019.

33. SEEMAN, Teresa E.; SYME, S. Leonard. Social networks and coronary artery disease: a comparison of the structure and function of social relations as predictors of disease. *Psychosomatic medicine*, 1987.

34. VOGT, Thomas M. et al. Social networks as predictors of ischemic heart disease, cancer, stroke and hypertension: incidence, survival and mortality. *Journal of clinical epidemiology*, v. 45, n. 6, p. 659-666, 1992.

35. GRAHAM, Ian et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: executive summary: Fourth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and Other Societies on Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice (Constituted by representatives of nine societies and by invited experts). *European heart journal*, v. 28, n. 19, p. 2375-2414, 2007.

36. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K, Redon J, Zanchetti A, Bohm M, et al. 2013 Diretrizes ESH / ESC para o tratamento da hipertensão arterial. *Jornal de Hipertensão*. 2013; 31: 1281–1357. pmid: 23817082.

37. Perk J, De Backer G, Gohlke H, Graham I, Reiner Z, Verschuren M, et al. A Quinta Força-Tarefa Conjunta da Sociedade Europeia de Cardiologia e Outras Sociedades sobre Prevenção de Doenças Cardiovasculares na Prática Clínica (constituída por representantes de nove sociedades e por especialistas convidados). Diretrizes europeias sobre prevenção de doenças cardiovasculares na prática clínica (versão 2012). *Eur Heart J.* 2012; 33: 1635-1701.
38. LUNDGREN, Oskar et al. Psychological resources are associated with reduced incidence of coronary heart disease. An 8-year follow-up of a community-based Swedish sample. *International journal of behavioral medicine*, v. 22, n. 1, p. 77-84, 2015.
39. CAJANDING, Ruff Joseph Macale. The effectiveness of a Nurse-Led cognitive-behavioral therapy on the quality of life, self-esteem and mood among Filipino patients living with heart failure: A randomized controlled trial. *Applied Nursing Research*, v. 31, p. 86-93, 2016.
40. MCEWEN, Bruce S. Stressed or stressed out: what is the difference?. *Journal of Psychiatry and Neuroscience*, v. 30, n. 5, p. 315, 2005.
41. BARBIRATO, Gustavo Borges et al. Prevalence of induced ischemia by mental distress. *Arquivos brasileiros de cardiologia*, v. 94, n. 3, p. 321-327, 2010.
42. LEMOS, A. E. et al. Broken-heart syndrome (Takotsubo syndrome). *Arq Bras Cardiol*, v. 90, n. 1, p. e1-3, 2008.
43. MC DONNELL, C. G.; SHORTEN, G.; VAN PELT, F. N. A. M. Effect of atorvastatin and fluvastatin on the metabolism of midazolam by cytochrome P450 in vitro. **Anaesthesia**, v. 60, n. 8, p. 747-753, 2005.
44. PHILLIPS, Anna C. et al. Generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and their comorbidity as predictors of all-cause and cardiovascular mortality: the Vietnam experience study. *Psychosomatic Medicine*, v. 71, n. 4, p. 395-403, 2009.