

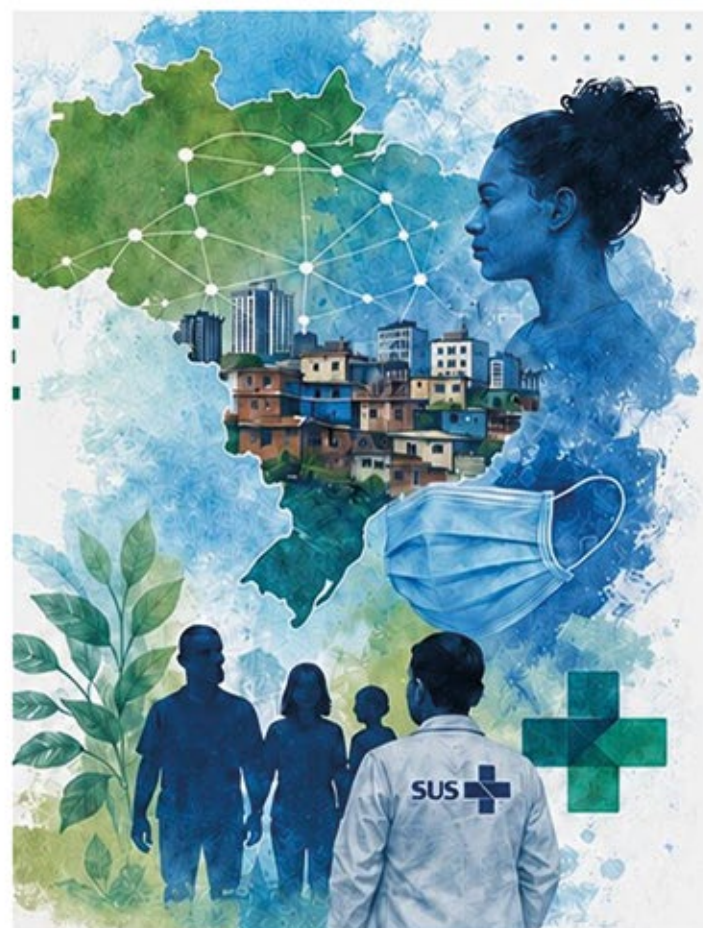
MANUAL DE ORIENTAÇÕES

PERSONALIDADE E SAÚDE EM CONTEXTOS DE PANDEMIA

*Orientações Práticas para Profissionais
da Atenção Básica*

Produto associado à pesquisa

"Relação entre Personalidade, Percepção de Saúde e Determinantes Sociais no Brasil a partir da Pandemia da COVID-19"

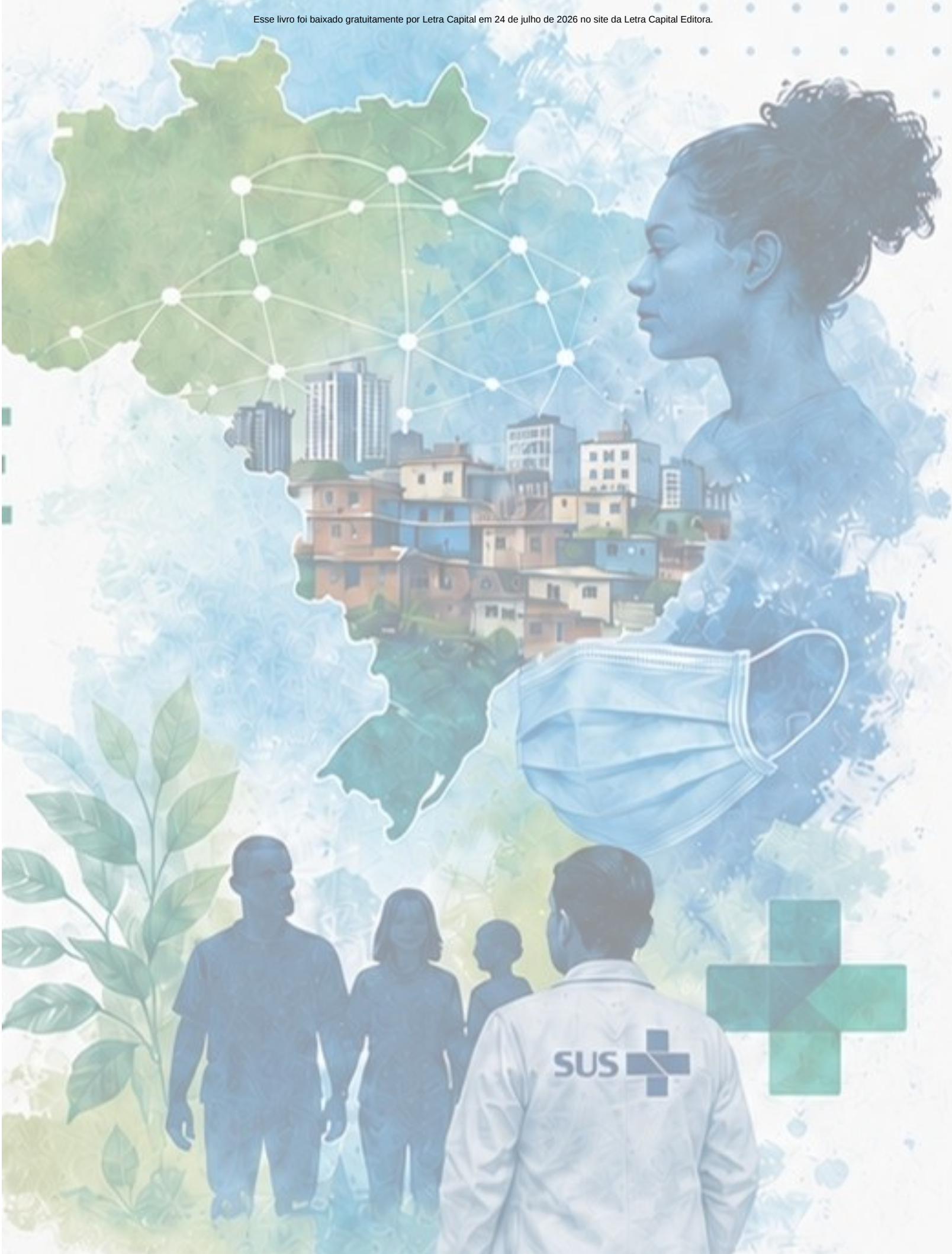


LETRACAPITAL

Luís Antônio Monteiro Campos¹ · Alberto Abad²

¹ Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Católica de Petrópolis (UCP) — LAVINACC/CNPq · Bolsa de Produtividade em Pesquisa (PQ) — CNPq, Processo nº 307592/2022-7 · ORCID: 0000-0002-2707-5593

² Programa de Pós-Graduação em Estudos de Fronteiras, Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) · ORCID: 0000-0002-9660-0339



Copyright © Luís Antônio Monteiro Campos e Alberto Abad (Orgs.), 2026

Todos os direitos reservados e protegidos pela Lei nº 9.610, de 19/02/1998.

Nenhuma parte deste livro pode ser reproduzida ou transmitida, sejam quais forem os meios empregados, sem a autorização prévia e expressa do autor.

EDITOR

João Baptista Pinto

REVISÃO

Luís Antônio Monteiro Campos/Alberto Abad

PROJETO GRÁFICO/CAPA

Luís Antônio Monteiro Campos/Alberto Abad

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

C214p

Campos, Luís Antônio Monteiro

Personalidade e saúde em contextos de pandemia / Luís Antônio Monteiro

Campos, Alberto Abad. - Rio de Janeiro : Letra Capital, 2026.

12 p.

Bibliografia

ISBN 978-65-5252-377-8

1. COVID-19, Pandemia de, 2020-2023 – Brasil – Aspectos psicológicos 2. Saúde mental 3. Psicologia 4. Profissionais de Saúde – Orientações I. Título II. Abad, Alberto

CDD 155.916

26-2646

CDU 159.9:61

Angélica Ilacqua – Bibliotecária - CRB-8/7057

LETRA CAPITAL EDITORA

Tels.: (21) 3553-2236 / 2215-3781 / 99380-1465

www.letracapital.com.br

1. Apresentação



Este manual é um dos produtos do projeto de pesquisa desenvolvido no âmbito da Bolsa de Produtividade em Pesquisa (PQ) do CNPq, que investigou a relação entre personalidade, percepção de saúde e determinantes sociais no Brasil durante a pandemia da Covid-19 (Campos & Abad, 2026a). Ele foi redigido como desdobramento direto da Cartilha Informativa já produzida pelo projeto, e sua relação com ela não é apenas declarativa.

A Cartilha se dirige simultaneamente a dois públicos — gestores públicos e profissionais de saúde — e, por precisar atender a ambos em um documento relativamente breve, mantém suas orientações a profissionais de saúde num nível necessariamente geral: sua seção "Recomendações Práticas para Profissionais de Saúde" resume-se a seis orientações de uma frase cada, entre elas reconhecer sinais de sofrimento psíquico "como parte legítima da avaliação clínica em contexto de pandemia", encaminhar precocemente "casos de sofrimento psíquico significativo para acompanhamento especializado" e orientar pacientes sobre "estratégias saudáveis de enfrentamento da incerteza, evitando tanto a negação do risco quanto a hipervigilância excessiva" (Cartilha Informativa, 2026, tabela "Ações Prioritárias" da seção destinada a profissionais de saúde). Este manual retoma exatamente esses três pontos e os desdobra em profundidade operacional: a orientação genérica de "reconhecer sinais" transforma-se, aqui, em um quadro estruturado de observação por padrão de personalidade (Seção 3); a orientação de "encaminhar precocemente" transforma-se em critérios explícitos de encaminhamento (Seção 6); e a orientação sobre "estratégias saudáveis de enfrentamento" transforma-se em um roteiro de conduta na consulta, diferenciado por padrão de reação do paciente (Seção 5).

A pandemia deixou claro que a resposta de uma pessoa a uma crise sanitária não depende apenas da gravidade objetiva do risco, mas também de como ela processa essa informação psicologicamente (Taylor, 2019). O conteúdo aqui apresentado é uma tradução prática do referencial teórico do projeto — especialmente o modelo de Taylor (2019) sobre a psicologia das pandemias e o modelo de avaliação e enfrentamento de Lazarus e Folkman (1984) — combinada com achados da própria pesquisa (Campos & Abad, 2026a, 2026b), que ouviu 1.844 participantes brasileiros durante a pandemia (Campos & Abad, 2026a, p. 47). Não é um manual de diagnóstico psicológico, e sim um guia de reconhecimento de padrões e de conduta no atendimento.



2. Personalidade e Resposta à Crise Sanitária

Não existe uma teoria única capaz de explicar todas as reações emocionais a uma pandemia; Taylor (2019, cap. 4, p. 39) propõe, em vez disso, um conjunto de domínios complementares de teoria e pesquisa, entre eles os traços de personalidade que funcionam como fatores de vulnerabilidade ao distress — o tema desta seção. A aplicação desse quadro teórico a dados brasileiros (Campos & Abad, 2026a, cap. 3) confirma sua relevância para o contexto nacional, ainda que os traços de personalidade em si não tenham sido medidos diretamente na amostra do projeto, que se apoiou em escalas de medo e distress (CPDI e FCV-19S), não em inventários de personalidade.

Emocionalidade negativa (neuroticismo)

Também chamada de neuroticismo, é a tendência geral a se perturbar facilmente diante de estímulos aversivos, com maior frequência e intensidade de emoções como ansiedade, irritabilidade e mal-estar (Taylor, 2019, p. 40). Pessoas com escores altos nesse traço tendem a interpretar sensações corporais benignas como sinais de doença (Taylor, 2019, p. 40) e podem apresentar respostas imunológicas mais fracas à vacinação, já que a emocionalidade negativa crônica está associada à supressão da função imune (Taylor, 2019, p. 55). Campos e Abad (2026a, p. 55) retomam esse mecanismo para explicar, no contexto brasileiro, por que a mesma ameaça objetiva pode gerar respostas de intensidade tão diferente entre pessoas expostas a um risco semelhante.

Superestimação de ameaça

É a tendência a superestimar tanto a gravidade quanto a probabilidade de eventos aversivos, e a se perceber como especialmente vulnerável a ameaças (Taylor, 2019, p. 41). Pessoas com escores altos nesse traço tendem a endossar afirmações como "o mundo é um lugar perigoso" e "coisas ruins têm mais chance de acontecer comigo do que com os outros" (Taylor, 2019, p. 41); esse padrão prediz maior ansiedade em surtos de SARS, gripe suína, gripe aviária e Ebola (Taylor, 2019, p. 41).

Intolerância à incerteza

Algumas pessoas lidam mal com informações provisórias ou mutáveis — comuns em qualquer crise sanitária em curso, quando recomendações mudam à medida que se sabe mais sobre a doença.

Segundo Taylor (2019, p. 42), "a intolerância à incerteza é mais uma faceta, ou subtraço, do traço de ansiedade" (tradução nossa) que contribui para a tendência a sentir ansiedade e medo diante do desconhecido.

No Brasil, esse mecanismo foi identificado como particularmente relevante durante a pandemia de Covid-19, marcada por incertezas sucessivas sobre transmissibilidade, formas eficazes de proteção e duração do isolamento, em que cada aparente melhora se tornava fonte de nova ansiedade diante da possibilidade de uma nova onda (Campos & Abad, 2026a, p. 45). Esses pacientes tendem a interpretar

mudanças de orientação como contradição ou incompetência do serviço de saúde, e a demandar certezas que a própria ciência ainda não tem.

Estilo de monitoramento vs. amortecimento

Refere-se a dois estilos cognitivos de lidar com informações sobre ameaças à saúde: pessoas com estilo de monitoramento buscam ativamente informações e tendem a perceber os riscos como mais graves; pessoas com estilo de amortecimento tendem a minimizar informações ameaçadoras e a evitar o confronto com a ameaça (Taylor, 2019, p. 44). Cada estilo tem seus custos: monitores correm maior risco de ansiedade e distress; amortecedores correm maior risco de ignorar ameaças reais e não adotar medidas de proteção recomendadas (Taylor, 2019, p. 44). No Brasil, o estilo de amortecimento foi associado às atitudes de negacionismo que marcaram setores expressivos da sociedade durante a pandemia — um padrão que, segundo a pesquisa do projeto, não pode ser reduzido a ignorância ou desinformação isolada, funcionando antes como uma estratégia, ainda que custosa, de regulação emocional diante de uma ameaça persistente (Campos & Abad, 2026a, p. 51).

Viés de otimismo irreal

É a tendência a acreditar que eventos positivos têm mais chance de acontecer a si mesmo do que aos outros, e que eventos negativos são mais prováveis de acontecer aos outros (Taylor, 2019, p. 45-46). Pessoas com esse viés tendem a se perceber como pouco suscetíveis à infecção, o que pode reduzir a atenção a informações de risco e levar à negligência de comportamentos preventivos, como a busca por vacinação (Taylor, 2019, p. 46).

Sensibilidade à ansiedade

É o medo de sensações corporais associadas à ativação fisiológica — palpitação, falta de ar — pelo receio de que tenham consequências graves (Taylor, 2019, p. 47). É um traço conceitualmente próximo da ansiedade de saúde, tratada a seguir.

Ansiedade de saúde

A ansiedade de saúde é a tendência a se alarmar diante de estímulos relacionados a doença, variando em intensidade num contínuo (Taylor, 2019, p. 49). Segundo o modelo cognitivo-comportamental descrito por Taylor (2019, cap. 5) e retomado por Campos e Abad (2026b, p. 4) para o contexto da Covid-19, a ansiedade de saúde excessiva resulta de três componentes inter-relacionados: interpretações distorcidas de sensações corporais benignas como sinais de doença, crenças disfuncionais sobre saúde e doença, e atenção seletiva e hipervigilante ao próprio corpo (Taylor, 2019, p. 51). Em contexto de pandemia, esses mecanismos tendem a se intensificar: o paciente pode procurar a unidade repetidamente para os mesmos sintomas leves, buscar reassuramento médico repetido e consultas com múltiplos profissionais só para se tranquilizar — o que Taylor (2019, p. 53-54) descreve como "doctor shopping" — ou relatar preocupação constante com contágio mesmo após orientação adequada. A terapia cognitivo-comportamental é descrita por Taylor (2019, p. 54) como tratamento de primeira linha para a ansiedade de saúde excessiva.

Reatância psicológica

É a resistência a orientações percebidas como imposição externa à liberdade pessoal: diante de uma mensagem que ameaça sua autonomia, a pessoa tende a restaurar simbolicamente essa liberdade discordando da própria fonte ou adotando posição oposta à recomendada (Taylor, 2019, p. 90). Taylor (2019, p. 90) descreve que pessoas com maior reatância psicológica apresentam menor propensão a buscar vacinação, e que mensagens de combate à desinformação podem, paradoxalmente, fortalecer atitudes antivacina justamente nessas pessoas. Abad e Campos (2025, p. 33-38) aprofundam esse mecanismo para o contexto brasileiro, analisando a hesitação vacinal durante a pandemia à luz da Teoria do Comportamento Planejado e do Modelo de Crenças em Saúde: a decisão de vacinar-se é descrita como um processo psicológico e social complexo, no qual a percepção de risco subjetivo e o controle comportamental percebido — e não apenas a informação técnica disponível — determinam a intenção de adesão (Abad & Campos, 2025, p. 33). Confrontar diretamente o paciente reativo costuma reforçar a resistência; abordagens que preservam a sensação de escolha tendem a funcionar melhor (ver Seção 5).



3. Sinais de Alerta no Atendimento

O quadro abaixo resume sinais observáveis na consulta que podem indicar cada um dos padrões descritos na Seção 2. Serve como guia de observação, não como critério diagnóstico.

Padrão	O que observar na consulta
Emocionalidade negativa (neuroticismo)	Reatividade emocional intensa a estressores; queixas frequentes de mal-estar; tendência a interpretar sintomas benignos como sinal de doença.
Superestimação de ameaça	Discurso de que "o mundo é perigoso"; percepção de vulnerabilidade pessoal desproporcional; catastrofização de sintomas leves.
Intolerância à incerteza	Irritação com mudanças de orientação; exigência de respostas definitivas sobre riscos ainda em avaliação; dificuldade em aceitar "não sabemos ainda".
Monitoramento vs. amortecimento	Busca compulsiva de informação sobre a ameaça, ou minimização/evitação completa dela; nos dois casos, resistência a uma orientação equilibrada.
Viés de otimismo irreal	Percepção de invulnerabilidade pessoal; negligência de medidas preventivas; discurso de que "comigo não vai acontecer".
Ansiedade de saúde	Procura repetida por sintomas leves; pedidos de exames desproporcionais; "doctor shopping"; verbalização constante de medo de contágio mesmo após orientação clara.
Reatância psicológica	Recusa a medidas de proteção; discurso de que está sendo "obrigado" ou "controlado"; resistência que aumenta quando confrontada diretamente.

Vale reforçar: um único sinal isolado raramente indica algo relevante. É a repetição do padrão ao longo de mais de uma consulta, ou sua intensidade desproporcional ao risco real, que justifica atenção redobrada — e, se necessário, encaminhamento (Seção 6).



4. Desigualdades Sociais e Território

A pesquisa que originou este manual documenta que o impacto psicológico da pandemia no Brasil não se distribuiu de forma homogênea pelo território nacional. Os dados multicêntricos do LAVINACC, coletados em múltiplos estados brasileiros, evidenciaram variações regionais significativas nas respostas físicas, cognitivas e psicológicas à pandemia — variações que não podem ser explicadas por características individuais, mas apenas pelo contexto territorial de cada grupo participante (Campos & Abad, 2026a, p. 38). A localização geográfica de uma pessoa — região, estado, município, zona rural ou urbana — condiciona de forma decisiva seu acesso a serviços de saúde, sua exposição a fatores de risco ambiental e, consequentemente, sua experiência de saúde e doença (Campos & Abad, 2026a, p. 37).

Essas desigualdades territoriais não surgiram com a pandemia: foram por ela amplificadas. Dados epidemiológicos brasileiros revelaram que a doença atingiu desproporcionalmente trabalhadores de serviços essenciais sem possibilidade de trabalho remoto, moradores de áreas periféricas sem acesso a saneamento básico adequado e grupos de menor renda e escolaridade, que relataram consistentemente maiores índices de medo e sofrimento psicológico durante a pandemia (Campos & Abad, 2026a, p. 39). Um estudo com participação de pesquisadores do próprio projeto identificou o nível de escolaridade como preditor estatisticamente significativo de sintomas de ansiedade e sofrimento psicológico durante a pandemia, mesmo controlando por outras variáveis demográficas (Antonelli-Ponti et al., 2021, p. 43565). Como observam Campos e Abad (2026b, p. 10), esse é precisamente um dos pontos em que os modelos internacionais de referência sobre a psicologia das pandemias — formulados a partir de populações predominantemente de alta renda — mostram-se insuficientes para capturar a profundidade da desigualdade social brasileira.

Na prática, isso significa que o mesmo padrão de personalidade (por exemplo, ansiedade de saúde elevada) tende a se manifestar com mais intensidade em territórios com menor acesso a informação confiável, maior precariedade de renda ou maior distância de serviços de saúde. Para o profissional de Atenção Básica, o recado prático é duplo: primeiro, não tratar a reação do paciente como um traço puramente individual, desconectado do contexto social e territorial em que ele vive; segundo, lembrar que unidades de saúde em territórios mais vulneráveis podem concentrar, proporcionalmente, mais casos de sofrimento psicológico relacionado à crise sanitária — o que é relevante para o planejamento local do cuidado, não apenas para o atendimento individual.



5. Como Conduzir o Acolhimento

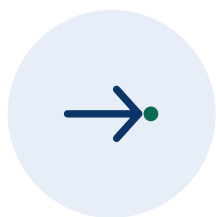
As recomendações desta seção se apoiam no modelo de avaliação e enfrentamento de Lazarus e Folkman (1984). Segundo os autores, diante de um estressor a pessoa realiza uma avaliação primária — em que classifica a situação como irrelevante, benigna ou estressante, e, neste último caso, como dano/perda já ocorrido, ameaça futura ou desafio (Lazarus & Folkman, 1984, p. 31-32) —, seguida de uma avaliação secundária, em que avalia quais recursos de enfrentamento tem disponíveis e a confiança de que conseguirá empregá-los com eficácia (Lazarus & Folkman, 1984, p. 35). O profissional de saúde não controla a avaliação primária do paciente — não pode alterar o quão ameaçadora é, objetivamente, uma pandemia —, mas pode influenciar diretamente sua avaliação secundária: o quanto o paciente sente que tem recursos para enfrentar a situação. É nesse ponto que se concentram as recomendações a seguir.

Para o paciente com ansiedade de saúde elevada, o mais eficaz costuma ser validar a preocupação sem reforçá-la: reconhecer que o medo é compreensível, sem prolongar o exame de sintomas além do clinicamente necessário. Em vez de apenas tranquilizar verbalmente — o que tende a ter efeito breve —, é mais eficaz oferecer um plano concreto de acompanhamento ("volte se aparecer X" ou "vamos reavaliar em Y dias"), pois isso aumenta a sensação do paciente de que dispõe de um recurso real diante da ameaça, fortalecendo justamente a avaliação secundária que Lazarus e Folkman (1984, p. 35) descrevem como determinante central da intensidade do estresse. Repetir exames apenas para tranquilizar tende a produzir o efeito oposto: reforça o ciclo de verificação e tranquiliza apenas temporariamente, sendo descrito por Taylor (2019, p. 53-54) como um padrão que sobrecarrega desnecessariamente o sistema de saúde sem resolver a ansiedade subjacente.

Para o paciente com intolerância à incerteza, a recomendação central é dizer claramente o que se sabe, o que não se sabe e o que pode mudar. A transparência sobre a incerteza — e não a tentativa de eliminá-la artificialmente com respostas definitivas que podem não se sustentar — tende a ser mais eficaz, na medida em que ajuda o paciente a formar uma avaliação secundária mais realista de seus próprios recursos diante do que de fato está em jogo (Lazarus & Folkman, 1984, p. 35). Prefira comunicar prazos de reavaliação explícitos ("vamos reavaliar essa orientação em duas semanas") a promessas fechadas que podem não se sustentar.

Para o paciente com reatância psicológica, a estratégia mais eficaz é oferecer opções dentro do que é clinicamente aceitável, em vez de uma única instrução fechada — preservar a sensação de escolha reduz a resistência (Taylor, 2019, p. 90; Abad & Campos, 2025, p. 33). Evite linguagem de imposição ("você tem que", "é obrigatório"); prefira explicar o racional da medida e perguntar o que o próprio paciente pensa a respeito, o que se aproxima do enfrentamento focado no problema descrito por Lazarus e Folkman (1984, p. 152) — voltado a definir o problema e gerar alternativas de ação, em vez de apenas impor uma solução externa. Não confronte a recusa diretamente na primeira consulta: construir a relação antes de insistir na adesão reduz o risco de reforçar, por reatância, a própria resistência que se pretende superar.

De forma geral, a comunicação em qualquer um desses casos se beneficia de linguagem simples e concreta, evitando jargão técnico e números estatísticos isolados sem contexto, e de levar em conta o contexto social e territorial do paciente (Seção 4) ao calibrar a quantidade e a forma da informação transmitida. Reservar um espaço breve, mesmo que curto, para o paciente verbalizar o que sente antes de passar às orientações técnicas já reduz parte da carga emocional da consulta — o que corresponde, na formulação de Lazarus e Folkman (1984, p. 150), ao enfrentamento focado na emoção, voltado a regular a resposta emocional ao problema, e que tende a preceder e viabilizar o enfrentamento focado no problema propriamente dito.



6. Quando Encaminhar

Reações de preocupação, medo ou desconforto diante de uma crise sanitária são esperadas e não exigem, por si só, encaminhamento à saúde mental especializada (CAPS, NASF, psicologia). O encaminhamento se justifica quando um ou mais dos critérios abaixo estão presentes:

- ✓ O sofrimento persiste por semanas sem melhora, mesmo após o acolhimento recomendado na Seção 5.
- ✓ Há prejuízo funcional relatado: o paciente deixa de trabalhar, de sair de casa ou de realizar atividades cotidianas por causa do medo ou da ansiedade relacionados à crise.
- ✓ Há sintomas de intensidade clínica associados: insônia grave, ideação de autolesão, sintomas depressivos marcados, uso problemático de álcool ou outras substâncias como forma de enfrentamento.
- ✓ O próprio paciente pede ajuda especializada, ou familiares relatam preocupação significativa com o seu estado emocional.

Nesses casos, o encaminhamento à Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) local — CAPS, NASF, ou serviço de psicologia disponível na rede — deve seguir o fluxo já estabelecido pelo município. A terapia cognitivo-comportamental é descrita como tratamento de primeira linha para quadros de ansiedade de saúde excessiva (Taylor, 2019, p. 54), o que reforça a relevância de um encaminhamento oportuno. O período posterior à fase aguda de uma pandemia não elimina essa necessidade: pesquisadores brasileiros descrevem uma "quarta onda" de sofrimento mental, caracterizada pelo aumento de transtornos mentais e traumas psicológicos decorrentes do isolamento, do luto e da instabilidade socioeconômica, que se estende muito além do controle epidemiológico da doença (Braga, Silva & Andrade, 2026, p. 53). Este manual não substitui o protocolo de saúde mental vigente na localidade; ele serve para ajudar o profissional de Atenção Básica a reconhecer, com mais segurança, o momento de acionar esse fluxo.



7. Checklist Rápido de Consulta

Página-resumo para consulta rápida durante o atendimento — não substitui a leitura das seções anteriores.

- ✓ Observei se a preocupação do paciente é proporcional ao risco objetivo, ou desproporcional (possível emocionalidade negativa/neuroticismo ou superestimação de ameaça)?
- ✓ O paciente reage mal a mudanças de orientação ou exige certezas que ainda não existem (possível intolerância à incerteza)?
- ✓ O paciente busca informação de forma compulsiva, ou evita/minimiza qualquer informação sobre o risco (possível padrão de monitoramento ou de amortecimento)?
- ✓ O paciente demonstra descrença de que algo ruim possa lhe acontecer, negligenciando medidas preventivas (possível viés de otimismo irreal)?
- ✓ Há procura repetida por sintomas leves, pedidos de exames desproporcionais ou "doctor shopping" (possível ansiedade de saúde)?
- ✓ O paciente recusa medidas de proteção com discurso de imposição/controle (possível reatância psicológica)?
- ✓ Considerei o contexto social e territorial do paciente ao calibrar minha comunicação?
- ✓ Ofereci um plano concreto e opções, em vez de apenas tranquilizar ou impor?
- ✓ Reservei um espaço breve para o paciente verbalizar o que sente?
- ✓ O sofrimento já dura semanas, ou já compromete o funcionamento diário do paciente?
- ✓ Há sinais de risco (ideação de autolesão, uso problemático de substâncias, sintomas depressivos marcados) que exigem encaminhamento imediato?

8. Referências

- ABAD, Alberto. Estresse e Ansiedade: Uma Jornada pelo Corpo e pela Mente. Em L. A. M. Campos, A. Abad, J. A. da Silva, & F. Cardoso (Org.), Saúde: Temas Atuais (Volume I) (p. 130–145). Lugar de Fala, 2024.
- ABAD, Alberto; CAMPOS, Luís Antônio Monteiro. Hesitação vacinal na pandemia: uma análise psicossocial à luz da teoria do comportamento planejado. In: FERRARESI, Tatiane Santana Prado et al. (Orgs.). Reconstruindo a Saúde Mental Pós-Pandemia: Impactos e Estratégias — Volume I, p. 33-44, 2025.
- ANTONELLI-PONTI, Mayra; PAIVA, Scheila Farias de; MÁRMORA, Cláudia Helena Cerqueira; BASTOS, Sandra; SILVA, Juliana Almeida da; CAMPOS, Luís Antônio Monteiro; ABAD, Alberto; TEIXEIRA, Lucas Emmanuel Pedro de Paiva; SILVA, José Aparecido da. Reactions to the pandemic in Brazil: predictors of mental health and life satisfaction. International Journal of Development Research, 11(1), p. 43562-43566, 2021.

- BRAGA, Alissandra; SILVA, Giovanna de Sousa; ANDRADE, Ana Eduarda B. O impacto da pandemia de Covid-19 na saúde mental no Brasil. In: CAMPOS, Luís Antônio Monteiro et al. (Orgs.). *Personalidade e Saúde no Pós-Pandemia: Percepções, Desigualdades Sociais e Impactos Psicossociais*. Curitiba: CRV, p. 53-70, 2026.
- CAMPOS, Luís Antônio Monteiro; ABAD, Alberto. *Personalidade, Percepção de Saúde e Determinantes Sociais: fundamentos psicossociais e evidências empíricas no Brasil pós-pandemia*. Rio de Janeiro: Letra Capital, 2026a.
- CAMPOS, Luís Antônio Monteiro; ABAD, Alberto. *A Psicologia das Pandemias segundo Taylor (2019): fundamentos teóricos e evidências empíricas no Brasil durante a Covid-19*. Manuscrito submetido para publicação, 2026b.
- CAMPOS, Luís Antônio Monteiro; TEIXEIRA, Ana Lucia Mendes; ABAD, Alberto; SILVA, José Aparecido da. *Personalidade como Constructo Psicológico: uma leitura ampliada pela lógica dos constructos*. *Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação*, 2026.
- LAZARUS, Richard S.; FOLKMAN, Susan. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer, 1984.
- TAYLOR, Steven. *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing, 2019.

Universidade Católica de Petrópolis (UCP) · Universidade Federal do Amapá (UNIFAP) · 2026



Esta obra contou com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), por meio da Bolsa de Produtividade em Pesquisa.

