

Personalidade, Percepção de Saúde
e Determinantes Sociais:
fundamentos psicossociais e evidências empíricas
no Brasil pós-pandemia

Conselho Editorial

Série Letra Capital Acadêmica

Ana Elizabeth Lole dos Santos (PUC-Rio)
Beatriz Anselmo Olinto (Unicentro-PR)
Basílio da Silva, OSB (FSBRJ)
Carlos Roberto dos Anjos Candeiro (UFTM)
Claudio Cezar Henriques (UERJ)
Ezilda Maciel da Silva (UNIFESSPA)
Galileu Galilei Medeiros de Souza (UERN)
João Luiz Pereira Domingues (UFF)
Leonardo Agostini Fernandes (PUC-Rio)
Leonardo Santana da Silva (UFRJ)
Lina Boff (PUC-Rio)
Luciana Marino do Nascimento (UFRJ)
Michela Rosa di Candia (UFRJ)
Olavo Luppi Silva (UFABC)
Orlando Alves dos Santos Junior (UFRJ)
Pierre Alves Costa (Unicentro-PR)
Rafael Soares Gonçalves (PUC-RIO)
Robert Segal (UFRJ)
Roberto Acízelo Quelhas de Souza (UERJ)
Sandro Ornellas (UFBA)
Sérgio Tadeu Gonçalves Muniz (UTFPR)
Waldecir Gonzaga (PUC-Rio)

Luís Antônio Monteiro Campos
Alberto Abad

Personalidade, Percepção de Saúde
e Determinantes Sociais:
*fundamentos psicossociais e evidências empíricas
no Brasil pós-pandemia*

LETRAPITAL

Copyright © Luís Antônio Monteiro Campos e Alberto Abad, 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 Elis Crokidakis

PROJETO GRÁFICO E CAPA Maria Clara Fagundes

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

C214p

Campos, Luís Antônio Monteiro

Personalidade, percepção de saúde e determinantes sociais : fundamentos
psicossociais e evidências empíricas no Brasil pós-pandemia / Luís Antônio Monteiro
Campos, Alberto Abad. - Rio de Janeiro : Letra Capital, 2026.

106 p. (Série Letra Capital Acadêmica)

Bibliografia

ISBN 978-65-5252-373-0

11. Saúde pública – Brasil 2. COVID-19, Pandemia de, 2020-2023 – Brasil – Aspectos
sociais 3. Saúde mental 4. Psicologia I. Título II. Abad, Alberto III. Série

CDD 155.916

26-2642

CDU 159.9:61

Angélica Ilacqua – Bibliotecária - CRB-8/7057

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



LETRA CAPITAL EDITORA
Tels.: (21) 3553-2236 / 2215-3781 / 99380-1465
www.letracapital.com.br

Sumário

Prefácio	11
Introdução	15
Capítulo 1. Personalidade e Percepção de Saúde:	
Fundamentos Teóricos	21
1.1 O que é personalidade? Perspectivas teóricas e modelos estruturais	21
1.2 O Modelo dos Cinco Grandes Fatores e suas implicações para a saúde	23
1.3 Percepção de saúde como constructo psicológico	25
1.4 Relações entre traços de personalidade e percepção de saúde	27
1.5 Limitações dos modelos existentes e lacunas para o contexto brasileiro	29
Referências	30
Capítulo 2 Determinantes Sociais da Saúde no Contexto Brasileiro	32
2.1 O modelo da OMS e suas adaptações para países de média renda	32
2.2 Desigualdade, raça e saúde no Brasil: dados estruturais	34
2.3 Gênero, vulnerabilidade e percepção de saúde	36
2.4 Território, acesso e experiência subjetiva de adoecimento	37
2.5 A pandemia como amplificador das desigualdades preexistentes	39
Referências	41

Capítulo 3. Impactos Psicológicos da Pandemia de COVID-19.....	42
Introdução	42
3.1 Psicologia das pandemias: o modelo de Taylor.....	43
3.2 Medo, angústia peritraumática e distress no Brasil	47
3.3 Respostas comportamentais: adesão, negacionismo e coping.....	51
3.4 Saúde mental no Brasil durante e após a pandemia: evidências empíricas.....	53
3.5 O fator psicológico na transmissão e no enfrentamento	55
Referências	58
Capítulo 4. Estresse por Mobilidade Transcultural durante a Pandemia.....	59
Introdução	59
4.1 Psicologia transcultural e mobilidade humana: fundamentos conceituais.....	60
4.2 Do estresse aculturativo ao estresse por mobilidade transcultural.....	61
4.3 Identidade social, pertencimento e pandemia.....	64
4.4 Lacunas na mensuração do estresse por mobilidade transcultural: implicações para a pesquisa brasileira.....	67
4.5 Estresse por mobilidade transcultural, personalidade e adaptação no contexto pós-pandêmico.....	70
Referências	72
Capítulo 5. Integração: Personalidade, Saúde Percebida e Determinantes Sociais	74
5.1 A pandemia como campo de integração teórica.....	74
5.2 Personalidade como moderador dos impactos pandêmicos	76

5.3 Determinantes sociais como contexto estrutural da saúde percebida	78
5.4 O elo transcultural: identidade, mobilidade e percepção de saúde	79
5.5 Modelo integrado e implicações para pesquisa e prática	81
Referências	85
Conclusão e Perspectivas Futuras	87
Palavras Finais	96
Referências	97
Índice Remissivo.....	99
Sobre os Autores.....	103

Lista de Tabelas

Tabela 3.1 Perfil sociodemográfico dos participantes (n = 1.844)	48
Tabela 3.2 Estatísticas descritivas e distribuição de frequências do CPDI e da FCV-19S por gênero	49
Tabela 3.3 Propriedades psicométricas do CPDI e da FCV-19S (n = 1.844)	50
Tabela 4.1 Distribuição geográfica dos 42 estudos incluídos na revisão sistemática	63
Tabela 4.2 Principais estressores identificados nos 42 instrumentos revisados.....	68
Tabela 4.3. Lacunas metodológicas críticas identificadas na revisão sistemática (N = 42 estudos)	69

Lista de Figuras

Figura 3.1: Espectro de reações psicológicas à pandemia de COVID-19 na população brasileira, organizado em três faixas de severidade com base nos dados empíricos da FCV-19S e do CPDI (Abad et al., 2020a; Taylor, 2019).	45
Figura 5.1: Modelo integrativo triangular – personalidade, percepção de saúde e determinantes sociais em relação de influência mútua e bidirecional, moderada pelo contexto da pandemia de COVID-19.....	82

Uso de Inteligência Artificial e Transparência: Declaração de Integridade Científica

Os autores declaram que este trabalho é colaborativo e foi criado a partir do seu próprio labor intelectual, apoiado por literatura científica específica, fundamentado em evidências empíricas e em consonância com a sua experiência contextual.

As ferramentas de Inteligência Artificial Generativa foram utilizadas apenas como recurso de apoio editorial durante o processo de preparação do manuscrito, com capacidade para realizar revisões de gramática, ortografia e clareza, oferecer melhores condições para a clareza textual ao melhorar a fluidez e a organização do texto, e sugerir aprimoramento estilístico. Em nenhum momento essas ferramentas substituíram o julgamento científico dos autores, a seleção de referências bibliográficas, a análise de dados, a interpretação dos resultados ou a formulação das conclusões.

Os autores realizaram posteriormente a revisão crítica e a validação integral da versão final do manuscrito; todo o conteúdo científico apresentado (incluindo, mas não se limitando a definição do problema de pesquisa, a estrutura do trabalho, análises, interpretações, argumentos desenvolvidos e conclusões alcançadas) é automaticamente de sua única responsabilidade.

Os autores permanecem comprometidos com a observância dos princípios da ética em pesquisa, integridade científica, transparência acadêmica e boas práticas editoriais, conforme descrito nas recomendações de agências nacionais e internacionais de fomento à pesquisa e nas diretrizes recentes sobre o uso responsável da Inteligência Artificial na comunicação científica.

Financiamento

Esta obra integra as atividades de pesquisa desenvolvidas com apoio do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). As opiniões, interpretações e conclusões apresentadas são de responsabilidade exclusiva dos autores e não refletem, necessariamente, o posicionamento institucional da agência de fomento.

Prefácio

Em março de 2020, o Brasil entrou em quarentena. Para muitos pesquisadores da área da saúde, aquele momento foi, ao mesmo tempo, uma ruptura e uma confirmação: ruptura das certezas cotidianas sobre como vivemos e adoecemos; confirmação de que os processos psicológicos e sociais que estudamos em laboratório e em campo possuem consequências concretas, mensuráveis e, por vezes, fatais. Naquele período, tornaram-se visíveis não apenas os efeitos diretos de um vírus sobre os corpos, mas toda a arquitetura invisível que sustenta – ou que compromete – a saúde das pessoas: as condições de moradia, o acesso à informação, a capacidade de suportar a incerteza, o modo como cada indivíduo percebe e interpreta seus próprios estados de saúde, e os traços de personalidade que modulam cada uma dessas respostas.

Este livro nasce dessa confluência.

A ideia de escrevê-lo surgiu da percepção de uma lacuna persistente na literatura científica brasileira sobre saúde e pandemia. Nos anos que se seguiram a 2020, assistimos a uma produção acadêmica extraordinária: estudos sobre medo, ansiedade, comportamento de isolamento, impactos sobre a saúde mental, desigualdades amplificadas pela crise sanitária. Participamos de parte desse esforço coletivo – em publicações que investigaram o medo do COVID-19 no Brasil, os impactos psicológicos do estresse relacionado à pandemia, as dimensões sociais do adoecimento e, mais recentemente, os desafios da mobilidade transcultural em contextos de instabilidade global (Abad et al., 2020a, 2020b; Campos et al., 2023; Abad, 2025). O que, porém, ainda faltava era uma síntese integradora: um espaço em que personalidade, percepção subjetiva de saúde e determinantes

sociais fossem tratados não como variáveis independentes de estudos separados, mas como dimensões articuladas de um mesmo fenômeno.

Este livro é essa tentativa de síntese.

O ponto de partida teórico é a psicologia das pandemias tal como sistematizada por Steven Taylor (2019). Em *The Psychology of Pandemics*, Taylor demonstrou que as respostas humanas às crises sanitárias seguem padrões psicológicos identificáveis – medo adaptativo e medo disfuncional, comportamentos de proteção e comportamentos de risco, adesão e resistência às medidas de saúde pública. Esses padrões não são uniformes: variam conforme características individuais, contextos culturais e condições sociais. No Brasil, essa variação assume contornos particularmente agudos. Somos um país de dimensões continentais, com profundas assimetrias regionais, raciais e econômicas, onde a experiência da pandemia foi vivida de maneiras radicalmente distintas por diferentes grupos populacionais. Ignorar essa heterogeneidade seria reduzir a complexidade do fenômeno a uma abstração conveniente, mas empiricamente insustentável.

É por isso que este livro se organiza em torno de três eixos que se entrelaçam ao longo de todos os capítulos. O primeiro é a personalidade – compreendida aqui principalmente a partir do modelo dos Cinco Grandes Fatores, cuja robustez transcultural e preditiva tem sido consistentemente demonstrada na literatura internacional e, de forma crescente, em pesquisas brasileiras. Traços como neuroticismo, conscienciosidade e abertura à experiência não apenas descrevem diferenças individuais estáveis: modulam a forma como as pessoas percebem riscos, buscam informações, aderem a tratamentos e reconstróem o sentido de si mesmas após eventos adversos. O segundo eixo é a percepção de saúde – a autoavaliação que cada pessoa faz de seu próprio estado de saúde. Trata-se de um constructo aparentemente simples, mas com extraordinário poder preditivo:

a saúde autopercebida é um dos mais robustos indicadores de mortalidade e de utilização de serviços de saúde disponíveis na literatura epidemiológica. Entender como ela é moldada por traços de personalidade, por condições sociais e por contextos de crise é uma das questões centrais que este livro persegue. O terceiro eixo são os determinantes sociais da saúde – as condições estruturais que distribuem de forma desigual os recursos, as exposições e as vulnerabilidades que afetam a saúde das populações. No contexto brasileiro, esses determinantes não constituem um pano de fundo neutro: são, em si mesmos, uma variável ativa que interage com a psicologia dos indivíduos e com os processos coletivos de adoecimento e recuperação.

Um capítulo merece menção especial. O Capítulo 4, dedicado ao estresse por mobilidade transcultural, parte de uma revisão sistemática conduzido em 2025 (Abad, 2025) e que levou a uma constatação incômoda: os instrumentos disponíveis para medir o estresse em populações móveis – migrantes, estudantes internacionais, trabalhadores transnacionais – apresentam lacunas psicométricas e culturais sistemáticas. A maioria foi desenvolvida com populações ocidentais, subestima os mecanismos de avaliação cognitiva e enfrentamento propostos pelo modelo transacional de Lazarus e Folkman (1984), e raramente foi validada para contextos do Sul Global. Durante a pandemia, essas limitações tornaram-se ainda mais evidentes: a mobilidade foi interrompida, mas os estressores da transculturalidade não desapareceram – transformaram-se. Esse capítulo propõe uma abordagem crítica e ecológica que vai além do conceito de estresse aculturativo, situando a saúde mental na mobilidade transcultural dentro de um sistema de interações entre pessoa, cultura e contexto histórico.

Este não é um livro que nasce do silêncio de um gabinete. É o produto de anos de trabalho em colaboração, com pesquisadores de outras instituições brasileiras e estrangeiras, e com os participantes das pesquisas empíricas que alimentam os dados aqui discutidos. A coletânea *Personalidade e Saúde no Pós-Pandemia* (Campos; ABAD et al., 2026), publicada pela Editora

CRV, foi um passo importante nessa direção coletiva. Este livro é, em certo sentido, um desdobramento individual daquela empresa compartilhada – uma tentativa de aprofundar, de forma mais sistemática e integrada, os argumentos que aquela coletânea apenas abria.

O leitor encontrará aqui linguagem acadêmica, mas não hermética. Cada capítulo foi concebido para que possa ser lido de forma relativamente independente, o que permite ao pesquisador que busca um tema específico entrar pelo capítulo que mais lhe interessa. Ao mesmo tempo, há um fio condutor que atravessa toda a obra: a convicção de que personalidade, percepção de saúde e determinantes sociais são dimensões inseparáveis da experiência humana de adoecimento e de recuperação, e de que compreendê-las em conjunto é não apenas um imperativo científico, mas uma condição para a formulação de políticas e práticas de saúde que sejam, de fato, eficazes e equânimes.

Este livro é dirigido a pesquisadores e pós-graduandos em psicologia, saúde pública, epidemiologia e ciências sociais; a profissionais de saúde mental que buscam fundamentos teóricos para sua prática; e a gestores e formuladores de políticas que precisam de evidências para enfrentar as consequências duradouras da pandemia. É também, em sua intenção mais ampla, uma contribuição ao debate sobre o que significa fazer ciência da saúde em um país como o Brasil – com suas desigualdades estruturais, sua diversidade cultural e sua capacidade, ao mesmo tempo assombrosa e frustrante, de conviver com contradições que deveriam ser insuportáveis.

A pandemia acabou como emergência sanitária global. Seus efeitos sobre a saúde, a psicologia e as estruturas sociais das populações, no entanto, continuam. Este livro é uma tentativa de levar a sério essa continuidade.

Os autores
Rio de Janeiro, 2026

Introdução

A Pandemia como Espelho

Em março de 2020, quando a Organização Mundial da Saúde declarou oficialmente a pandemia de COVID-19, o mundo deparou-se com uma crise sanitária sem precedentes no século XXI. Nos meses seguintes, o que se tornou evidente não foi apenas a devastação biológica do vírus SARS-CoV-2, mas algo mais perturbador e, ao mesmo tempo, mais revelador: diante da mesma ameaça objetiva, as pessoas reagiram de maneiras radicalmente diferentes. Algumas desenvolveram medo incapacitante; outras mantiveram relativa estabilidade emocional. Algumas aderiram rigorosamente às medidas de proteção coletiva; outras as rejeitaram com veemência. Algumas viram sua saúde percebida deteriorar-se mesmo sem contrair a doença; outras reportaram, paradoxalmente, uma sensação renovada de significado e conexão social.

Essa heterogeneidade não era acidental. Ela refletia a complexa interação entre características individuais – traços de personalidade, estilos cognitivos, histórias de vida – e condições estruturais profundamente desiguais: renda, raça, gênero, acesso a serviços de saúde, grau de instrução, tipo de moradia. Ela refletia, também, o modo como cada pessoa percebia subjetivamente sua própria saúde – percepção que não é um espelho fiel da condição biológica, mas uma construção psicossocial moldada por todos esses fatores ao mesmo tempo.

Este livro parte exatamente dessa heterogeneidade. Seu argumento central é que compreender as respostas humanas à pandemia de COVID-19 – e, mais amplamente, a saúde e o adoecimento em contextos de crise – exige uma perspectiva integradora que articule três dimensões simultaneamente: a personalidade como variável moderadora dos impactos psicológicos, a

percepção de saúde como elo subjetivo entre o indivíduo e seu contexto, e os determinantes sociais como estrutura dentro da qual ambas operam. A pandemia não criou essa necessidade teórica – ela a tornou impossível de ignorar.

Por que o Brasil e por que agora

O Brasil constitui um caso paradigmático para o estudo dessas relações. Trata-se de um país marcado por desigualdades estruturais profundas, nas quais raça, renda, gênero e território definem trajetórias de saúde e adoecimento muito antes de qualquer pandemia. Quando a COVID-19 chegou, ela não encontrou uma população homogênea: encontrou um país em que as condições de isolamento social eram radicalmente diferentes dependendo de onde se vivia, em que tipo de moradia, com que acesso à rede de saúde e com que grau de precariedade laboral. Encontrou, também, um contexto político marcado pela negação institucional da gravidade da crise, pela desconfiança nas vacinas promovida por agentes do próprio Estado, e pela fragmentação das respostas governamentais nas três esferas federativas.

Esse cenário produziu um campo fértil – e doloroso – de evidências. Os estudos conduzidos no Brasil durante a pandemia documentaram níveis elevados de medo, distress peritraumático e impactos sobre a saúde mental em diferentes populações. A obra coletiva organizada por Campos et al. (2023), *Saúde e COVID-19 no Brasil: um novo olhar interdisciplinar sobre a pandemia*, consolidou parte dessas evidências e estabeleceu um quadro de referência interdisciplinar para compreender a pandemia em seu contexto social, político e psicológico específico.

O momento presente – o pós-pandemia – é igualmente singular. Estamos suficientemente afastados do pico da crise para que os dados acumulados possam ser analisados com rigor, mas suficientemente próximos para que as consequências psicológicas e sociais ainda sejam observáveis na clínica, nas políticas públicas e na vida cotidiana. É, portanto, o momento oportuno

para uma síntese: para organizar o que foi aprendido, identificar o que permanece em aberto e propor marcos teóricos que orientem a pesquisa e a prática nos anos seguintes. É o que este livro se propõe a fazer.

Bases Teóricas e Empíricas

Esta obra repousa sobre duas bases complementares: uma base teórica robusta, ancorada na literatura especializada em psicologia da saúde, psicologia transcultural e determinantes sociais; e uma base empírica sólida, derivada de estudos conduzidos com populações brasileiras durante e após a pandemia.

No plano teórico, a referência central é a obra de Taylor (2019), *The Psychology of Pandemics: Preparing for the Next Global Outbreak of Infectious Disease*. Publicado meses antes do início da pandemia de COVID-19, esse trabalho constitui o sistema teórico mais abrangente disponível para a análise dos impactos psicológicos de pandemias. Taylor (2019) demonstra que o impacto psicológico de uma pandemia é sistematicamente maior do que seu impacto médico direto – fenômeno que o autor denomina “pegada psicológica” –, e identifica os principais traços de personalidade que modulam as respostas individuais: emocionalidade negativa, intolerância à incerteza, conscienciosidade e o espectro entre monitoramento e blunting cognitivo. Essa perspectiva orienta os primeiros capítulos do livro e reaparece, de formas variadas, ao longo de toda a obra.

A ela se somam contribuições de Abad (2026) no domínio da psicologia transcultural e da mobilidade humana, de Abad (2024) no campo da Teoria da Identidade Social (TIS) aplicada às migrações e à pandemia, e de Abad (2025) na revisão sistemática das lacunas de mensuração do estresse em contextos transculturais. Esses trabalhos formam um corpus coerente que expande a perspectiva de Taylor (2019) para incluir as dimensões culturais, identitárias e migratórias que a pandemia tornou tão evidentes.

No plano empírico, o livro apoia-se centralmente nos estudos conduzidos pelo grupo de pesquisa coordenado pelo primeiro autor. O estudo de validação brasileira da Escala de Medo do COVID-19 (FCV-19S) e do Índice de Distress Peritraumático do COVID-19 (CPDI), realizado com 1.844 participantes em abril de 2020, constitui a principal base de dados empírica apresentada no livro (Abad et al., 2020). Esse estudo documentou, entre outros resultados, diferenças marcantes de gênero nos níveis de medo e distress – com 27,2% das mulheres apresentando distress grave, frente a 10,0% dos homens –, a elevada consistência interna de ambas as escalas na população brasileira ($\alpha = 0,90$ e $\alpha = 0,88$, respectivamente), e as correlações entre condições de saúde crônica, isolamento social e impacto psicológico. A esses dados somam-se os resultados da revisão sistemática de 42 instrumentos de mensuração do estresse por mobilidade transcultural (Abad, 2025), que revelou lacunas metodológicas e geográficas severas no campo – com a América do Sul representando apenas 4,8% dos estudos e participantes brasileiros correspondendo a 3,5% das amostras globais.

Os estudos empíricos que fundamentam este livro foram desenvolvidos no âmbito do LAVINACC – Laboratório Virtual de Neuropsicometria Afetiva, Cognitiva e Comportamental (CNPq, 2020), grupo multiprofissional vinculado à Universidade Católica de Petrópolis (UCP-RJ), em parceria com a Universidade de São Paulo (USP), a Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), a Universidade Federal de Alfenas (UNIFAL-MG) e a Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (Portugal). A colaboração luso-brasileira resultou na obra de referência *Reações Físicas, Cognitivas, Psicológicas e Comportamentais como Indicadores de Saúde à Pandemia COVID-19: Um Retrato Luso-Brasileiro* (Campos et al., 2021), amplamente citada ao longo dos capítulos.

O encontro entre essas bases teórica e empírica culmina, no Capítulo 5, na proposta de um modelo integrativo original: uma estrutura triangular dinâmica em que personalidade, percepção de saúde e determinantes sociais se influenciam mutuamente, moderados pelo contexto pandêmico. Esse modelo não pretende encerrar o debate – pretende organizá-lo e abrir novas perguntas.

Organização do Livro

O livro está organizado em cinco capítulos que constroem progressivamente um argumento integrado.

O **Capítulo 1** examina a relação entre personalidade e percepção de saúde, estabelecendo os fundamentos conceituais do livro. Discute os principais traços de personalidade identificados na literatura como moderadores da saúde percebida – com destaque para neuroticismo, conscienciosidade, otimismo e abertura à experiência –, e apresenta os modelos biopsicossociais que sustentam a perspectiva adotada ao longo da obra. A pandemia aparece, nesse capítulo, como contexto amplificador de tendências já presentes na literatura pré-pandêmica.

O **Capítulo 2** desloca o foco para os determinantes sociais da saúde no Brasil, situando a análise psicológica dentro de seu contexto estrutural. Renda, raça, gênero, território e acesso aos serviços de saúde são apresentados não como variáveis de controle, mas como condições constitutivas das experiências de saúde e adoecimento. O capítulo mobiliza a perspectiva sindêmica, que compreende a COVID-19 não como uma pandemia isolada, mas como uma crise que se articulou com doenças crônicas preexistentes e desigualdades estruturais para produzir efeitos amplificados em populações vulnerabilizadas.

O **Capítulo 3** apresenta os impactos psicológicos documentados da pandemia de COVID-19, articulando o quadro teórico de Taylor (2019) com as evidências empíricas brasileiras. Descreve em detalhe o estudo de validação da FCV-19S e do CPDI no Brasil, analisa as diferenças de gênero, as respostas comportamentais de adesão e resistência, e examina o papel do fator psicológico na transmissão e no enfrentamento da pandemia.

O **Capítulo 4** amplia o escopo para incluir as populações em mobilidade transcultural – migrantes, refugiados, estudantes internacionais – que enfrentaram, durante a pandemia, uma sobreposição de estressores: os inerentes à mobilidade (barreiras linguísticas, discriminação, ruptura identitária) e os produzidos pelo contexto pandêmico (fechamento de fronteiras, impossibili-

dade de retorno, intensificação da xenofobia). Com base na revisão sistemática de Abad (2025) e na proposta teórica de Abad (2026), o capítulo questiona os limites do conceito clássico de “estresse aculturativo” e propõe o estresse por mobilidade transcultural como estrutura mais abrangente e ecologicamente válida.

O **Capítulo 5** integra os fios analíticos dos quatro capítulos anteriores. Propõe o modelo triangular integrativo, examina as implicações para a pesquisa e para a prática clínica e de saúde pública, e aponta direções para a agenda científica brasileira no pós-pandemia.

Para Quem é Este Livro

Esta obra dirige-se a um público plural, unido pelo interesse na interface entre processos psicológicos e contextos sociais de saúde. Pesquisadores e docentes de psicologia, psicologia da saúde, saúde coletiva e ciências sociais encontrarão aqui uma síntese teórica com respaldo empírico explícito. Profissionais de saúde mental e de saúde pública encontrarão marcos conceituais e dados que informam a prática clínica e a formulação de políticas. Pós-graduandos e estudantes avançados de graduação encontrarão um modelo de como articular perspectivas psicológicas, sociais e transculturais em torno de uma questão empiricamente relevante.

Os autores
Brasil, 2026

Capítulo 1.

Personalidade e Percepção de Saúde: Fundamentos Teóricos

1.1 O que é personalidade? Perspectivas teóricas e modelos estruturais

A pergunta “o que é personalidade?” é, ao mesmo tempo, a mais intuitiva e a mais complexa que a psicologia pode formular. Intuitiva porque todos os seres humanos possuem, desde muito cedo, uma noção prática e cotidiana de que as pessoas diferem entre si de formas consistentes – algumas são mais ansiosas, outras mais abertas ao risco, outras mais meticulosas. Complexa porque transformar essa intuição em um constructo científico rigoroso, mensurável e com poder preditivo exigiu mais de um século de debate teórico e acumulação empírica.

Uma definição contemporânea de ampla aceitação na literatura científica descreve personalidade como uma constelação de traços que define como cada pessoa tende a pensar, sentir e se comportar em diferentes situações (Taylor, 2019). Essa constelação é dimensional – o que significa que cada pessoa pode possuir graus variados de um dado traço, posicionando-se em um contínuo entre seus polos, em vez de pertencer a categorias discretas ou tipos fixos. Uma pessoa com alto índice de extroversão tende a ser altamente sociável e a buscar a companhia dos outros; uma com baixo índice nesse traço tende a ser mais reservada e a preferir contextos de menor estimulação social.

Essa noção dimensional não é recente. As raízes do interesse científico pela personalidade remontam à filosofia clássica: Aristóteles, em *Ética a Nicômaco*, já identificava disposições estáveis – vaidade, modéstia, covardia – como determinantes do

comportamento moral, descrevendo diferenças individuais a partir do excesso, do déficit e de graus intermediários de cada disposição. Seu discípulo Teofrasto sistematizou trinta tipos de caráter humano em obra que antecipa, com surpreendente precisão, o que a psicologia moderna denominaria teoria dos traços.

A história das teorias da personalidade no século XX é marcada por grandes disputas paradigmáticas. A teoria psicodinâmica, inaugurada por Freud, concebia a personalidade como o produto de processos inconscientes, forças internas e conflitos do desenvolvimento psicosssexual – cujo conteúdo permanece inacessível à consciência direta. A teoria behaviorista, ao contrário, recusou essa interioridade e propôs que a personalidade não é senão a soma das associações aprendidas ao longo da história de vida do indivíduo: para Skinner, diferenças individuais que chamamos de personalidade seriam, em última análise, diferenças nas histórias de condicionamento e reforçamento. A perspectiva cognitivo-social, desenvolvida por Bandura e Mischel, reintegrou as variáveis internas ao modelo, propondo que cognições fundamentais – competências, expectativas, valores subjetivos e metas – são adquiridas ao longo do curso de vida e determinam modos distintos de perceber, pensar e interagir com o mundo.

Foi, contudo, a teoria dos traços que se tornou o paradigma dominante na pesquisa contemporânea. A premissa central é simples e empiricamente fértil: um traço é um padrão consistente na maneira como uma pessoa se comporta, pensa ou sente, tanto entre situações diferentes quanto ao longo do tempo (Taylor, 2019). Descrever alguém como consciencioso ou emocionalmente instável não é fazer uma afirmação sobre um momento específico – é fazer uma predição probabilística sobre como essa pessoa se comportará em uma ampla gama de circunstâncias e ao longo de sua vida.

A grande questão que a teoria dos traços precisou enfrentar foi a da estrutura: quantos traços são necessários para descrever adequadamente a personalidade humana? A proposta de Cattell de dezesseis fatores primários representou um avanço

metodológico importante, mas revelou-se excessivamente complexa para integração com outras áreas da psicologia. Eysenck propôs um modelo mais parcimonioso com três superfatores – neuroticismo, extroversão e psicoticismo –, dos quais o neuroticismo, definido como a tendência individual à emocionalidade negativa, à ansiedade e à instabilidade emocional, tornar-se-ia um dos constructos mais estudados na interface entre personalidade e saúde. Foi, porém, o Modelo dos Cinco Grandes Fatores que consolidou o consenso na psicologia da personalidade a partir das últimas décadas do século XX.

1.2 O Modelo dos Cinco Grandes Fatores e suas implicações para a saúde

O Modelo dos Cinco Grandes Fatores (Big Five) descreve a estrutura da personalidade em cinco dimensões amplas e empiricamente robustas: neuroticismo (emocionalidade negativa), extroversão, abertura à experiência, amabilidade e conscienciosidade. Cada dimensão é composta por facetas mais específicas e pode ser avaliada por instrumentos psicométricos validados em diferentes culturas e contextos (Taylor, 2019).

Do ponto de vista da psicologia da saúde, o Big Five representa uma ferramenta de extraordinário valor preditivo. Décadas de investigação demonstram que os traços de personalidade não são meras descrições do temperamento individual: eles modulam ativamente os processos de adoecimento e de manutenção da saúde, as respostas a estressores, as estratégias de enfrentamento e a aderência a comportamentos preventivos.

O neuroticismo – a tendência geral a experimentar com frequência emoções negativas como ansiedade, irritabilidade e depressão em resposta a estressores – é o traço com relação mais robusta e consistente com desfechos negativos de saúde (Taylor, 2019). Pessoas com altos índices de neuroticismo tendem a interpretar erroneamente sensações corporais ambíguas como sinais de doença grave, tornando-se mais vulneráveis à ansiedade relacionada à saúde. Estudos conduzidos durante a epide-

mia de SARS em 2003 demonstraram que o neuroticismo prediz o nível de sofrimento experimentado por profissionais de saúde envolvidos no cuidado de pacientes com suspeita de infecção (Taylor, 2019).

No contexto brasileiro, durante a pandemia de COVID-19, essa dinâmica revelou-se com particular intensidade. Um estudo conduzido por Abad et al. (2020b) com participantes brasileiros em abril de 2020 – nas primeiras semanas do isolamento social – demonstrou que o medo da COVID-19 e o distress peritraumático eram significativamente elevados, com mulheres e pessoas mais jovens apresentando os maiores índices de sofrimento emocional. Esses dados sugerem que características psicológicas estáveis – como a tendência ao neuroticismo – interagiram com o contexto pandêmico de formas específicas e mensuráveis, produzindo gradientes de vulnerabilidade que os instrumentos de avaliação psicológica conseguiram capturar (Abad et al., 2020b).

O trabalho de Teixeira et al. (2020) com amostra brasileira multicêntrica ampliou essa perspectiva ao demonstrar que o estresse e o medo relacionados à COVID-19 foram potencializados pela presença de condições de saúde preexistentes – cardiovasculares, diabéticas e psiquiátricas –, evidenciando que a personalidade não opera no vácuo: ela interage com vulnerabilidades biológicas e com a experiência acumulada de adoecimento para modular a resposta emocional a uma crise sanitária.

O neuroticismo abrange facetas com relevância direta para a saúde. Entre elas destacam-se a ansiedade-traço – a propensão a perceber o mundo como perigoso e ameaçador – e a superestimação de ameaça: pessoas com altos índices nessa dimensão tendem a superestimar tanto a probabilidade quanto a gravidade de eventos adversos, percebendo-se como especialmente vulneráveis (Taylor, 2019). Estudos sobre surtos de SARS, gripe suína e doença pelo vírus Ebola demonstraram, de forma consistente, que a superestimação de ameaça prediz a ansiedade em resposta ao surto.

Outra faceta de grande relevância é a intolerância à incerteza – a necessidade intensa de previsibilidade e a dificuldade em

tolerar situações de ambiguidade. Pessoas com alta intolerância à incerteza frequentemente adotam comportamentos de verificação e busca de reassseguramento que, quando direcionados a preocupações de saúde, podem resultar em consultas repetidas e pesquisas excessivas em fontes digitais (Taylor, 2019). A incerteza é característica endêmica de qualquer contexto pandêmico – sobre o risco de contaminação, a gravidade dos sintomas, a eficácia dos tratamentos –, tornando essa faceta um preditor especialmente potente de angústia em crises sanitárias.

No polo oposto, o otimismo irrealista – a tendência persistente de acreditar que eventos favoráveis são mais prováveis de ocorrer consigo do que com outros – está associado a comportamentos de risco em saúde pública. Durante a pandemia de gripe suína em 2009, o otimismo irrealista foi associado a menor intenção de praticar higiene das mãos e de buscar vacinação (Taylor, 2019). Embora proteja o indivíduo da ansiedade excessiva, pode comprometer o comportamento preventivo e, consequentemente, a proteção coletiva.

A conscienciosidade emerge consistentemente na literatura como preditor positivo de saúde: pessoas com altos índices nesse traço tendem a apresentar maior aderência a comportamentos preventivos, maior regularidade em hábitos saudáveis e maior longevidade (Taylor, 2019). No contexto da pandemia, a conscienciosidade mostrou-se particularmente relevante: esse traço prediz maior adesão às medidas de proteção como uso de máscaras, distanciamento social e vacinação – com implicações diretas para o manejo de crises sanitárias futuras.

1.3 Percepção de saúde como constructo psicológico

A percepção de saúde – também denominada saúde auto-percebida ou autoavaliação de saúde – é o julgamento subjetivo que cada indivíduo faz sobre seu próprio estado de saúde geral. A pergunta típica que operacionaliza esse constructo

em estudos epidemiológicos é uma variação de: “Em geral, como você avalia sua saúde? Excelente, muito boa, boa, regular ou ruim?”

A aparente simplicidade dessa questão contrasta com a riqueza de seu conteúdo preditivo. Metanálises realizadas ao longo das últimas três décadas demonstraram de forma robusta que a saúde autopercebida é um preditor independente de mortalidade, mesmo após controle para condições clínicas objetivas, dados laboratoriais e variáveis sociodemográficas (Taylor, 2019). Esse poder preditivo sugere que a percepção subjetiva de saúde captura dimensões do funcionamento humano que os marcadores biomédicos convencionais não conseguem mensurar: a integração de sintomas físicos, estados afetivos, funcionamento cotidiano, comparações sociais e recursos psicológicos disponíveis para o enfrentamento.

Em outras palavras, a percepção de saúde não é um reflexo imperfeito da saúde objetiva – é um constructo com validade própria, que expressa a experiência vivida de estar saudável ou adoecido dentro de um contexto específico. O grupo LAVINACC, em amplo estudo multicêntrico envolvendo participantes brasileiros e portugueses, documentou como reações físicas, cognitivas, psicológicas e comportamentais à pandemia de COVID-19 funcionaram como indicadores integrados de saúde autopercebida, refletindo não apenas sintomas objetivos, mas toda a carga psicossocial de viver sob ameaça epidêmica prolongada (Campos et al., 2021).

A percepção de saúde é modelada por múltiplos determinantes em diferentes níveis de análise. No nível individual, é influenciada por sintomas físicos atuais, histórico de doenças, estados emocionais – particularmente ansiedade e depressão – e pelos traços de personalidade do indivíduo. No nível contextual, é modulada por normas culturais sobre saúde e doença, pelo acesso a serviços de saúde e pelas condições socioeconômicas do ambiente. No nível histórico, é marcada por eventos críticos de vida – perdas, traumas, crises coletivas como pande-

mias – que reconfiguram tanto a experiência objetiva quanto a interpretação subjetiva do estado de saúde.

É importante distinguir a percepção de saúde de construtos relacionados, mas não idênticos. A ansiedade relacionada à saúde (health anxiety) – a tendência a se alarmar com estímulos relacionados a doenças, que pode variar de manifestações leves a quadros clínicos como transtorno de ansiedade de doença – compartilha características com a percepção de saúde negativa, mas distingue-se pela presença de preocupação desproporcional e resistente ao reassuramento. Níveis muito baixos de ansiedade relacionada à saúde também podem ser problemáticos: associam-se à negligência de sintomas relevantes e à não aderência a comportamentos preventivos (Taylor, 2019).

1.4 Relações entre traços de personalidade e percepção de saúde

A intersecção entre personalidade e percepção de saúde constitui um dos campos mais produtivos da psicologia da saúde contemporânea. As evidências apontam para uma relação bidirecional e mediada por múltiplos mecanismos – cognitivos, comportamentais, neuroendócrinos e sociais.

O mecanismo cognitivo de interpretação de sintomas é o mais diretamente documentado. Pessoas com altos índices de neuroticismo tendem a interpretar sensações corporais ambíguas – dor muscular difusa, fadiga, alterações do apetite – como sinais de doença grave. Em contextos de crise sanitária, quando sintomas de estresse psicológico como cefaleia, insônia e tensão muscular são ubíquos, esse mecanismo torna-se especialmente ativo. Taylor (2019) documenta como, durante a pandemia de COVID-19 e surtos anteriores, pessoas com altos índices de neuroticismo frequentemente interpretaram sintomas de ansiedade – sudorese, palpitações, sensação de sufocamento – como sinais de infecção, intensificando sua percepção de vulnerabilidade e gerando busca excessiva por atendimento médico.

Essa dinâmica foi empiricamente confirmada no Brasil. O estudo de Abad et al. (2020a) sobre medo e distress peritraumático revelou que participantes com histórico de transtornos psicológicos apresentaram escores significativamente mais elevados de medo relacionado à COVID-19, sugerindo que a personalidade – em suas dimensões de vulnerabilidade emocional – funciona como amplificador do impacto psicológico de uma crise sanitária. De modo complementar, Teixeira et al. (2020) identificaram que a presença de condições de saúde mental preexistentes constituiu fator de risco independente para o sofrimento psicológico durante a pandemia, apoiando a hipótese de que a relação entre personalidade, percepção de saúde e contexto pandêmico opera em múltiplos níveis de vulnerabilidade acumulada.

O segundo mecanismo é comportamental: a personalidade modula os comportamentos de saúde adotados – atividade física, alimentação, uso de álcool e tabaco, aderência a tratamentos – que, por sua vez, afetam o estado de saúde objetivo e consequentemente sua percepção subjetiva. Pessoas com alta conscienciosidade tendem a adotar comportamentos de saúde mais regulares e consistentes (Taylor, 2019). Pessoas com alto neuroticismo podem tanto superutilizar os serviços de saúde – por ansiedade – quanto adotar comportamentos de evitação que impedem diagnóstico e tratamento adequados.

O estilo de monitoramento versus amortecimento (monitoring-blunting) representa um terceiro mecanismo. Pessoas com estilo de monitoramento cognitivo coletam ativamente informações sobre ameaças à saúde, percebendo um dado risco como mais perigoso e tendendo a uma avaliação mais negativa do seu estado de saúde. Pessoas com estilo de amortecimento minimizam essas informações, o que pode resultar em percepção de saúde mais positiva, mas ao custo de ignorar sinais relevantes de alerta (Taylor, 2019). Ambos os estilos representam formas de lidar com a incerteza inerente à experiência do corpo e da doença – incerteza que, em contextos pandêmicos, é amplificada de modo exponencial.

1.5 Limitações dos modelos existentes e lacunas para o contexto brasileiro

Os modelos teóricos e empíricos apresentados têm contribuído inequivocamente para a compreensão das relações entre personalidade e percepção de saúde. Apresentam, contudo, limitações relevantes que precisam ser reconhecidas, especialmente quando o objetivo é compreender esses fenômenos no contexto brasileiro.

A primeira limitação é de ordem cultural e geográfica. A maior parte das pesquisas que fundamentam as relações entre os Cinco Grandes Fatores e desfechos de saúde foi conduzida em populações ocidentais predominantemente norte-americanas e europeias, de elevado nível educacional e com acesso facilitado a serviços de saúde. A generalização desses achados para o Brasil – marcado por enorme heterogeneidade étnica, regional e socioeconômica – exige cautela empírica e esforço ativo de validação local. O grupo LAVINACC, que ao longo de 2020 e 2021 coletou dados em múltiplos estados brasileiros e em Portugal, fornece uma das primeiras bases empíricas multicêntricas disponíveis para ancorar esse esforço de contextualização (Campos et al., 2021).

A segunda limitação é a tendência dos modelos de personalidade a subestimar a interação entre traços individuais e determinantes estruturais. O Big Five descreve predisposições individuais de forma robusta, mas não foi desenvolvido para explicar como essas predisposições interagem com desigualdades de renda, de acesso a serviços de saúde, de exposição a violência ou de discriminação racial e de gênero. No Brasil, onde essas desigualdades são pronunciadas, essa limitação tem consequências teóricas e práticas significativas. Um indivíduo com alta conscienciosidade e forte motivação para comportamentos preventivos pode ter seu potencial de saúde comprometido por condições estruturais que independem inteiramente de seu perfil psicológico – realidade amplamente documentada na literatura sobre determinantes sociais da saúde no Brasil (Teixeira et al., 2020).

A terceira limitação refere-se ao papel do contexto histórico na modulação dessas relações. Os modelos clássicos foram construídos, em grande medida, a partir de dados coletados em períodos de relativa estabilidade social e sanitária. A pandemia de COVID-19 introduziu um estressor de nível populacional, de duração prolongada e de natureza incerta – características que interagem de formas específicas com traços como a intolerância à incerteza e o neuroticismo (Taylor, 2019). Os dados coletados por Abad et al. (2020a, 2020b) nas primeiras semanas do isolamento social no Brasil ilustram essa interação: os níveis de medo e distress peritraumático documentados no período inicial da pandemia foram significativamente mais elevados do que seria esperado em condições de estresse ordinário, sugerindo que o caráter extraordinário da crise potencializou vulnerabilidades psicológicas preexistentes.

A quarta limitação é metodológica: a dependência de autorrelatos tanto para a mensuração dos traços de personalidade quanto para a avaliação da percepção de saúde. Embora instrumentos psicométricos validados ofereçam medidas confiáveis e replicáveis, são susceptíveis a vieses de desejabilidade social, a variações culturais nos padrões de resposta e a flutuações de estado que podem contaminar a estimativa de disposições estáveis.

Essas limitações não invalidam os modelos existentes – elas demarcam o horizonte a partir do qual o presente livro propõe avançar. Compreender a relação entre personalidade, percepção de saúde e determinantes sociais no Brasil a partir da pandemia de COVID-19 implica, precisamente, levar a sério tanto o que os modelos existentes explicam quanto o que eles ainda não conseguem explicar. Os capítulos subsequentes constroem, progressivamente, essa compreensão mais integrada.

Referências

Abad, A., da Silva, J. A., de Paiva Teixeira, L. E. P., Antonelli-Ponti, M., Bastos, S., Mármora, C. H. C., Campos, L. A. M., Paiva, S., de Freitas, R. L., & da Silva, J. A. (2020a). Evaluation of fear and peritraumatic distress during COVID-19

pandemic in Brazil. *Advances in Infectious Diseases*, 10, 184–194. <https://doi.org/10.4236/aid.2020.103019>

Abad, A., de Freitas, R. L., Antonelli-Ponti, M., da Silva, J. A., Bastos, S., Mármora, C. H. C., Campos, L. A. M., Paiva, S., & da Silva, J. A. (2020b). Psychological impacts related to stress during the COVID-19 pandemic. *Advances in Infectious Diseases*, 10, 163–183.

Campos, L. A. M., Paiva, S. F., Cardoso, F. S., & da Silva, J. A. (Orgs.). (2021). *Reações físicas, cognitivas, psicológicas e comportamentais como indicadores de saúde à pandemia COVID-19: um retrato luso-brasileiro*. Editora CRV.

Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Cambridge Scholars Publishing.

Teixeira, L. E. P. P., de Freitas, R. L., Abad, A., da Silva, J. A., Antonelli-Ponti, M., Bastos, S., Mármora, C. H. C., Campos, L. A. M., Paiva, S., & da Silva, J. A. (2020). Psychological impacts related to stress and fear during the COVID-19 pandemic: Cardiovascular diseases, diabetes and psychological disorders as risk factors. *World Journal of Neuroscience*, 10, 191–205. <https://doi.org/10.4236/wjns.2020.104019>

Capítulo 2

Determinantes Sociais da Saúde no Contexto Brasileiro

2.1 O modelo da OMS e suas adaptações para países de média renda

Saúde não é apenas a ausência de doença. Essa afirmação, consagrada na definição da Organização Mundial da Saúde desde 1948, adquiriu novas camadas de complexidade à medida que a pesquisa epidemiológica foi demonstrando, de forma cada vez mais robusta, que as condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem respondem por uma parcela substancial das diferenças observadas nos estados de saúde das populações. Essa compreensão deu origem ao campo dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS): o conjunto de fatores estruturais e contextuais que moldam a distribuição da saúde e da doença entre grupos sociais, de forma sistemática e, em grande medida, evitável.

O modelo de referência internacional para a análise dos determinantes sociais da saúde foi desenvolvido pela Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde da OMS, publicado em seu relatório final em 2008. Nesse modelo, os determinantes são organizados em dois grandes níveis: os determinantes estruturais, que incluem posição socioeconômica, gênero, etnia e raça, educação e renda, moldados por mecanismos de ordem política, econômica e cultural; e os determinantes intermediários, que incluem condições de vida e trabalho, comportamentos e fatores biológicos, e sistemas de saúde. Esses dois níveis interagem continuamente, produzindo as inequidades em saúde que caracterizam as sociedades contemporâneas.

A aplicação desse modelo a países de média renda como o Brasil exige ajustes analíticos significativos. As desigualdades estruturais nesses países tendem a ser mais pronunciadas e mais entrelaçadas do que nos países de alta renda para os quais o modelo foi originalmente calibrado. O papel do Estado – sua capacidade e disposição de reduzir ativamente as inequidades por meio de políticas redistributivas e sistemas universais de saúde – varia enormemente e constitui, em si mesmo, um determinante de saúde de primeira grandeza. Por fim, a dimensão racial e étnica das desigualdades, frequentemente subestimada em modelos de origem europeia, é central para compreender a distribuição de saúde e doença em países de passado colonial.

Taylor (2019) observa que crises epidêmicas funcionam como amplificadores das vulnerabilidades preexistentes: elas não criam desigualdades, mas tornam visíveis – e letais – as que já existiam antes de qualquer vírus chegar. Essa observação se aplica com particular precisão ao Brasil. O conceito de sindemia, desenvolvido pelo antropólogo Merrill Singer e amplamente utilizado na literatura sobre pandemias, designa a copresença de condições de saúde adversas e os fatores sociais e ambientais que potencializam seus efeitos negativos. Aplicado ao COVID-19 no Brasil, ele revela que o vírus SARS-CoV-2 não agiu sobre um substrato social neutro: interagiu com desigualdades preexistentes de renda, raça, gênero e acesso a serviços de saúde, amplificando seus efeitos de forma diferencial conforme a posição que cada grupo ocupa nessa estrutura.

A abordagem biopsicossocial articula os fatores biológicos, psicológicos e sociais do processo saúde-doença (Abad et al., 2023), oferecendo o arcabouço teórico mais adequado para compreender como esses determinantes operam em conjunto. Não se trata de substituir a análise biológica pela social, nem de reduzir a saúde a um fenômeno psicológico individual: trata-se de reconhecer que esses três domínios são inseparáveis na produção e na experiência do adoecimento. O estudo multicêntrico luso-brasileiro coordenado pelo grupo LAVINACC documentou, precisamente, como reações físicas, cognitivas, psicológicas e compor-

tamentais à pandemia se articularam enquanto indicadores integrados de saúde, impossíveis de compreender por apenas uma dessas dimensões isoladamente (Campos et al., 2021).

2.2 Desigualdade, raça e saúde no Brasil: dados estruturais

O Brasil é um dos países com maior desigualdade econômica do mundo. Essa desigualdade não é apenas quantitativa – medida por indicadores como o coeficiente de Gini – mas estruturalmente organizada em torno de marcadores sociais de diferença que se acumulam e se reforçam mutuamente: classe, raça, gênero e território.

A relação entre condições socioeconômicas e saúde manifesta-se em múltiplos indicadores. A mortalidade infantil é significativamente mais elevada entre crianças negras e em regiões como o Norte e o Nordeste. A expectativa de vida varia em mais de dez anos entre os municípios mais ricos e os mais pobres. O acesso a serviços de saúde de qualidade – diagnóstico precoce, tratamento especializado, continuidade do cuidado – é profundamente estratificado por renda e por localização geográfica. O Sistema Único de Saúde (SUS), embora represente uma conquista histórica da sociedade brasileira como um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, convive com o subfinanciamento crônico e com uma dualidade que concentra os recursos de maior complexidade nas regiões e nos grupos que já dispõem de mais recursos privados.

A dimensão racial dessa desigualdade merece destaque especial. Estudos epidemiológicos brasileiros documentam, de forma consistente, que pessoas negras apresentam piores indicadores de saúde em comparação com pessoas brancas, mesmo após controle por renda e escolaridade – o que aponta para o efeito independente do racismo sobre a saúde. Esse efeito opera por múltiplas vias: o estresse crônico associado à experiência de discriminação racial; a menor probabilidade

de receber diagnósticos corretos e tratamentos adequados nos serviços de saúde; a concentração de pessoas negras em condições de trabalho mais precárias; e a sub-representação de perspectivas negras na produção do conhecimento científico que orienta as práticas clínicas.

A pandemia de COVID-19 tornou essas desigualdades mais visíveis – e mais letais. No Brasil, onde as primeiras mortes por COVID-19 foram predominantemente de trabalhadores de baixa renda sem acesso ao trabalho remoto, a equação entre vulnerabilidade social e risco de morte rapidamente se tornou evidente. Pessoas sem possibilidade de isolamento, em razão de condições de moradia precárias ou de necessidade econômica de manter o trabalho presencial, foram desproporcionalmente expostas ao risco de infecção e de progressão para formas graves da doença (Abad & Braga, 2020). Teixeira et al. (2020), em estudo com amostra multicêntrica brasileira, identificaram que a presença de comorbidades preexistentes – cardiovasculares, metabólicas e psiquiátricas – funcionou como fator de risco independente para o sofrimento psicológico durante a pandemia, evidenciando como a vulnerabilidade biológica e a vulnerabilidade social se sobrepõem e se potencializam.

O cenário macrossistêmico brasileiro agravou ainda mais essas condições. A ausência de liderança nacional que oferecesse diretrizes claras para o controle do vírus, as mensagens contraditórias provenientes do governo federal, o uso de medicamentos sem respaldo científico e as críticas às medidas de isolamento recomendadas pela OMS criaram um ambiente de incerteza e desorientação que afetou de forma especialmente severa as populações já mais vulneráveis, que dependem de orientações públicas confiáveis para tomar decisões de saúde (Abad et al., 2020a). Taylor (2019) observou, no contexto de surtos anteriores, que a percepção de liderança eficaz e de comunicação transparente por parte das autoridades de saúde é um dos mais poderosos protetores psicológicos em contextos de crise – e que sua ausência amplifica o medo e a desorientação muito além do que a ameaça objetiva justificaria.

2.3 Gênero, vulnerabilidade e percepção de saúde

No contexto da pandemia de COVID-19, as pesquisas realizadas no Brasil revelaram um padrão consistente de diferenças de gênero nas respostas psicológicas. Em estudo que avaliou medo e estresse peritraumático na população brasileira durante o período de isolamento, os escores médios das mulheres foram significativamente mais elevados do que os dos homens em ambas as escalas avaliadas (Abad et al., 2020b). Esse achado não reflete simplesmente maior fragilidade emocional feminina – interpretação que, além de reducionista, é empiricamente insustentável. Reflete, antes, as diferenças nas formas como o cuidado com a saúde é vivenciado, buscado e expresso socialmente por homens e mulheres (Abad & Braga, 2020).

Por construção social, mulheres assumem historicamente a maior parte do trabalho de cuidado – com filhos, idosos, pessoas doentes e com a gestão doméstica das práticas de higiene e prevenção –, o que as posiciona como agentes centrais da saúde familiar e comunitária, mas também as expõe a cargas desproporcionais de responsabilidade e estresse. A síndrome de burnout entre profissionais de saúde e educação, grupos com alta concentração feminina, foi um dos efeitos mais documentados da pandemia (Abad & Braga, 2020; Campos et al., 2021). O estudo do LAVINACC documentou essa sobrecarga em sua dimensão luso-brasileira, identificando que mulheres relatavam reações físicas e psicológicas mais intensas à pandemia em múltiplos domínios avaliados (Campos et al., 2021).

Além da sobrecarga de trabalho de cuidado, as mulheres enfrentaram durante a pandemia o agravamento de condições preexistentes: o aumento dos índices de violência doméstica com o isolamento compulsório, a maior dificuldade em conciliar trabalho remoto com as demandas domésticas ampliadas pela presença contínua de crianças em casa, e a intensificação das exigências emocionais em ambientes familiares sob estresse.

O gênero masculino, por sua vez, apresenta seus próprios padrões de vulnerabilidade, com frequência menos visíveis porque menos reconhecidos. Construções sociais que associam masculinidade à invulnerabilidade criam barreiras para a busca de cuidado, a expressão de medo e a aderência a práticas preventivas. Durante a pandemia, homens foram mais propensos a minimizar os riscos do COVID-19, a não seguir as recomendações de distanciamento social e higiene, e a apresentar maior resistência à vacinação – padrões que têm conexão direta com o conceito de otimismo irrealista discutido no capítulo anterior, amplificado por expectativas de gênero socialmente construídas (Abad & Braga, 2020; Taylor, 2019).

A percepção de saúde, nesse contexto, é profundamente generificada. Não apenas porque mulheres e homens descrevem seus estados de saúde com ênfases diferentes, mas porque as condições objetivas que moldam a saúde – exposição a riscos, acesso a cuidados, reconhecimento de sintomas, suporte social disponível – são distribuídas de forma desigual entre os gêneros. Uma análise dos determinantes sociais da saúde no Brasil que não incorpore o gênero como variável estrutural produz, inevitavelmente, uma compreensão parcial e distorcida do fenômeno.

2.4 Território, acesso e experiência subjetiva de adoecimento

O território é um determinante social da saúde frequentemente invisibilizado nas análises que privilegiam variáveis individuais. No Brasil, onde as assimetrias regionais são de magnitude excepcional, a localização geográfica de uma pessoa – em termos de região, estado, município, bairro ou zona rural versus 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 ao longo da vida.

A perspectiva bioecológica, desenvolvida por Urie Bronfenbrenner e aplicada ao contexto pandêmico brasileiro por Abad e Braga (2020), oferece um modelo útil para compreender

como os determinantes territoriais se articulam em diferentes níveis de análise. No nível do microssistema, a experiência imediata da pandemia foi modulada por fatores como a qualidade da moradia, a densidade domiciliar e as redes de apoio familiar e comunitário. No nível do mesossistema, a pandemia alterou profundamente as rotinas das instituições intermediárias – escolas, locais de trabalho, serviços de saúde – cujas respostas variaram enormemente conforme o território. No nível do macrossistema, as políticas nacionais de enfrentamento à pandemia definiram o quadro institucional dentro do qual cada pessoa e comunidade precisou negociar sua sobrevivência sanitária (Abad & Braga, 2020).

A percepção de saúde não é formada apenas por processos internos ao indivíduo – suas sensações corporais, estados emocionais e traços de personalidade –, mas também pelo contexto territorial em que ele se insere. 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 et al., 2021).

O território também importa para a transmissão social do medo e da ansiedade em contextos de crise sanitária. Taylor (2019) demonstra que crenças e medos sobre doenças se propagam por redes sociais de maneiras análogas à propagação das próprias doenças – por transmissão de informação, aprendizagem observacional e contágio emocional. Em contextos de alta densidade populacional e acesso limitado a fontes confiáveis de informação, a propagação do medo pode exceder em velocidade e alcance a própria propagação do vírus. No Brasil, durante a pandemia de COVID-19, a combinação de desinformação institucionalizada, vulnerabilidade social estrutural e alta conectividade nas redes sociais informais criou um ambiente no qual o sofrimento psicológico e a desinformação se reforçavam mutuamente (Abad et al., 2020a).

2.5 A pandemia como amplificador das desigualdades preexistentes

Se o Capítulo 1 mostrou como a personalidade modula a experiência individual de saúde, este capítulo demonstra que essa modulação ocorre sempre dentro de um contexto social estruturado – e que esse contexto não é neutro nem igualitário. A pandemia de COVID-19 não criou as desigualdades que expôs: ela as amplificou, acelerou e tornou visivelmente letais para setores da população que, em tempos de normalidade sanitária, carregam essas desigualdades de forma mais silenciosa.

A representação da pandemia como uma ameaça democrática – “o vírus não escolhe quem infectar” – foi, em grande medida, uma ficção politicamente conveniente. No Brasil, os dados epidemiológicos foram progressivamente revelando um padrão diferente: o vírus atingia desproporcionalmente os trabalhadores de serviços essenciais sem possibilidade de trabalho remoto, os moradores de áreas periféricas sem acesso a saneamento básico adequado e os grupos racializados que concentram as posições mais precárias no mercado de trabalho (Abad et al., 2020a). Essa desigualdade na distribuição do risco foi documentada tanto em estudos nacionais quanto em investigações multicêntricas: os participantes de grupos de menor renda e menor escolaridade relataram consistentemente maiores índices de medo, distress peritraumático e sofrimento psicológico durante a pandemia (Abad et al., 2020b; Teixeira et al., 2020).

Esse processo de amplificação operou em múltiplas dimensões simultaneamente. No campo econômico, os grupos já mais vulneráveis foram desproporcionalmente afetados pela perda de renda decorrente das medidas de isolamento, sem a proteção de vínculos formais de emprego ou redes de seguridade social adequadas. No campo educacional, o fechamento das escolas aprofundou as lacunas de aprendizado entre crianças de diferentes estratos socioeconômicos, com efeitos que se projetarão sobre as trajetórias de vida e, portanto, sobre os determinantes de saúde dessas crianças por décadas (Abad & Braga, 2020). No

campo da saúde mental, pesquisas realizadas no Brasil documentaram que o sofrimento psicológico foi distribuído de forma desigual, sendo mais prevalente e mais intenso nos grupos mais vulneráveis, com menos recursos para o enfrentamento (Abad et al., 2020b; Campos et al., 2021).

A população idosa merece consideração especial. Sendo um dos principais grupos de risco para o agravamento clínico da COVID-19, os idosos foram também entre os mais afetados pelo isolamento social – uma medida de proteção que comprometia um dos seus mais importantes determinantes de saúde: a rede de relações sociais. Taylor (2019) documenta que o capital social – formado por amigos, parentes, grupos comunitários e outras redes de solidariedade – é um preditor de saúde e longevidade de magnitude comparável a outros determinantes mais diretamente citados, como a atividade física e a alimentação adequada. O empobrecimento compulsório desse capital social durante a pandemia representou, para a população idosa, um risco de saúde real e mensurável, cujos efeitos de longo prazo ainda estão sendo investigados.

Esses padrões têm implicações diretas para as políticas públicas de saúde. A preparação para crises sanitárias futuras não pode se limitar à dimensão biomédica – desenvolvimento de vacinas, capacidade hospitalar, protocolos clínicos. Exige o reconhecimento de que as desigualdades sociais são, em si mesmas, uma forma de vulnerabilidade sanitária, e que intervenções eficazes em contextos de pandemia precisam incorporar estratégias de proteção social, comunicação em saúde culturalmente sensível e salvaguardas específicas para os grupos mais vulneráveis (Abad et al., 2020a; Taylor, 2019). No Brasil, a pandemia de COVID-19 demonstrou, de forma dolorosa, o custo humano de negligenciar essa dimensão estrutural da saúde.

A compreensão dos determinantes sociais da saúde no contexto brasileiro fornece, portanto, o pano de fundo indispensável para os capítulos que se seguem. Sem ela, a análise dos impactos psicológicos da pandemia corre o risco de se tornar

uma análise de indivíduos abstratos, desconectados das condições concretas que moldam sua experiência de saúde, medo e sofrimento.

Referências

- Abad, A., da Silva, J. A., das Neves Braga, J. V. Z., Medeiros, P., de Freitas, R. L., Coimbra, N. C., & da Silva, J. A. (2020a). Preparing for the COVID-19 mental health crisis in Latin America. *Advances in Infectious Diseases*, 10, 40–44. <https://doi.org/10.4236/aid.2020.103005>
- Abad, A., & Braga, T. M. A. (2020b). Back to school after COVID-19 lockdown in Brazil. *Preprints.org*. <https://doi.org/10.20944/preprints202007.0087.v2>
- Abad, A., da Silva, J. A., de Paiva Teixeira, L. E. P., Antonelli-Ponti, M., Bastos, S., Mármora, C. H. C., Campos, L. A. M., Paiva, S., de Freitas, R. L., & da Silva, J. A. (2020b). Evaluation of fear and peritraumatic distress during COVID-19 pandemic in Brazil. *Advances in Infectious Diseases*, 10, 184–194. <https://doi.org/10.4236/aid.2020.103019>
- Abad, A., Campos, L. A. M., Paiva, S. F., & Silva, K. D. O. (2023). *Saúde e COVID-19 no Brasil: Um novo olhar interdisciplinar sobre a pandemia*. Letra Capital.
- Campos, L. A. M., Paiva, S. F., Cardoso, F. S., & da Silva, J. A. (Orgs.). (2021). *Reações físicas, cognitivas, psicológicas e comportamentais como indicadores de saúde à pandemia COVID-19: um retrato luso-brasileiro*. Editora CRV.
- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Cambridge Scholars Publishing.
- Teixeira, L. E. P. P., de Freitas, R. L., Abad, A., da Silva, J. A., Antonelli-Ponti, M., Bastos, S., Mármora, C. H. C., Campos, L. A. M., Paiva, S., & da Silva, J. A. (2020). Psychological impacts related to stress and fear during the COVID-19 pandemic: Cardiovascular diseases, diabetes and psychological disorders as risk factors. *World Journal of Neuroscience*, 10, 191–205. <https://doi.org/10.4236/wjns.2020.104019>

Capítulo 3.

Impactos Psicológicos da Pandemia de COVID-19

Introdução

Os fundamentos teóricos sobre personalidade e os determinantes sociais da saúde no Brasil, apresentados nos capítulos anteriores, encontram sua expressão empírica mais aguda no contexto da pandemia de COVID-19. Este capítulo examina os impactos psicológicos dessa crise sanitária, articulando os dados empíricos brasileiros com os marcos conceituais estabelecidos.

A pandemia de COVID-19 impôs à humanidade uma crise sanitária sem precedentes no século XXI, com consequências que ultrapassaram em muito o domínio biológico da infecção. Se a disseminação do vírus SARS-CoV-2 mobilizou virologistas, epidemiologistas e profissionais de saúde em torno do controle clínico da doença, ela expôs igualmente uma dimensão que tende a ser subestimada nas estratégias de resposta a emergências sanitárias: a dimensão psicológica. O medo de adoecer, a incerteza sobre o futuro, o isolamento compulsório, a perda de entes queridos e a sobrecarga dos sistemas de saúde produziram ondas de sofrimento psíquico que se sobrepuseram – e em muitos casos superaram – os impactos diretos da infecção sobre a população.

No Brasil, essa realidade assumiu contornos ainda mais agudos. Um contexto político marcado pela negação institucional da gravidade da pandemia, a fragilidade estrutural do sistema de saúde, os elevados índices de desigualdade social e a ampla circulação de desinformação compuseram o cená-

rio em que milhões de brasileiras e brasileiros enfrentaram simultaneamente a ameaça viral e o colapso das estruturas de suporte social e emocional (Abad et al., 2020b). Compreender os mecanismos psicológicos que mediam essa experiência coletiva não é apenas um exercício acadêmico: é condição necessária para formular intervenções mais eficazes e políticas de saúde mental adequadas à escala do desafio que uma pandemia impõe.

Este capítulo apresenta o quadro teórico proposto por Taylor (2019) para a psicologia das pandemias, analisa os dados empíricos produzidos por pesquisadores brasileiros durante a pandemia de COVID-19 – com ênfase nos estudos conduzidos por Abad e colaboradores e no estudo multicêntrico luso-brasileiro do grupo LAVINACC (Campos et al., 2021) –, examina as principais respostas comportamentais observadas na população e discute o papel central do fator psicológico tanto na transmissão quanto no enfrentamento da doença.

3.1 Psicologia das pandemias: o modelo de Taylor

A obra de Taylor (2019) constitui o referencial teórico mais sistemático disponível para compreender a dimensão psicológica das pandemias de doenças infecciosas. O autor parte de uma premissa fundamental que orienta toda a sua análise: o “rastros psicológico” de uma pandemia tende a ser maior, mais abrangente e mais duradouro do que o seu “rastros médico”. Isso significa que o número de pessoas afetadas psicologicamente por uma pandemia – seja pela ameaça da infecção, pelo luto, pelo isolamento ou pela exposição à informação catastrófica – supera sistematicamente o número de pessoas que desenvolvem a doença clínica propriamente dita (Taylor, 2019).

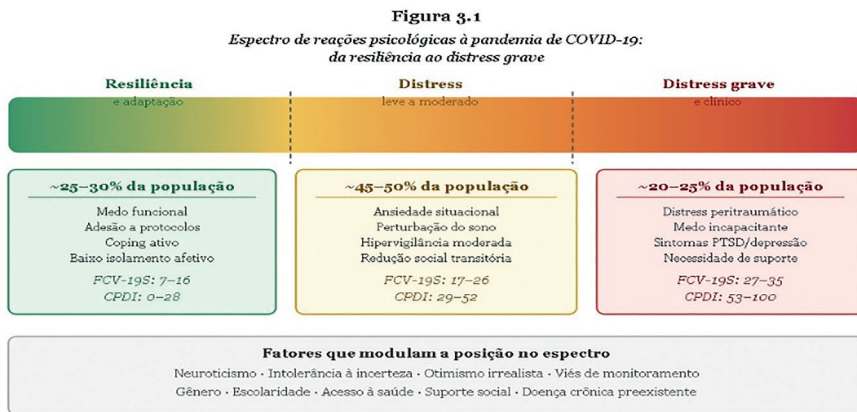
Essa proposição encontrou respaldo empírico em episódios anteriores. Durante o surto de Ebola na África Ocidental em 2014–2015, a “epidemia do medo” afetou ordens de magnitude mais pessoas do que a própria infecção, inclusive em países onde o risco objetivo de contágio era praticamente inexistente. O surto de SARS em 2002–2003 oferece o precedente mais diretamente comparável à COVID-19: também causado por um coronavírus novel, também associado ao isolamento social como estratégia de controle e também envolvendo incerteza sobre curso e tratamento, o SARS produziu impactos psicológicos que persistiram muito além da resolução clínica da infecção. Estudos longitudinais com pacientes de SARS documentaram que 44% desenvolveram transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), e que os sintomas podiam persistir por meses ou anos após a recuperação física (Taylor, 2019).

O modelo proposto por Taylor (2019) identifica quatro métodos que a OMS utiliza para gerenciar a propagação de infecções: a comunicação de risco, as vacinas e terapias antivirais, as práticas de higiene e o distanciamento social. O argumento central é que todos esses métodos são, em essência, intervenções comportamentais ou educacionais – e, portanto, seu sucesso depende criticamente de fatores psicológicos. A adesão à vacinação, às normas de higiene e ao distanciamento social não é automática: ela é mediada por como as pessoas percebem o risco, processam as informações disponíveis e regulam a ansiedade associada à ameaça (Taylor, 2019).

As reações psicológicas a pandemias são marcadas por grande heterogeneidade interindividual. Taylor (2019) descreve um espectro que vai da indiferença ou fatalismo à ansiedade intensa e ao medo paralisante. Parte da população subestima os riscos e negligência as medidas protetoras; outra parte reage com ansiedade desproporcional que compromete o funcionamento cotidiano e sobrecarrega os ser-

viços de saúde. Entre esses dois polos, existe uma variação de respostas que inclui o acúmulo compulsivo de mantimentos, a busca incessante de informações na mídia, o comportamento de verificação repetida de sintomas e a evitação de espaços públicos muito além do recomendado (Taylor, 2019). Esses padrões foram observados de forma comparável no Brasil e em Portugal durante a pandemia de COVID-19, conforme documentado pelo estudo multicêntrico luso-brasileiro LAVINACC, que registrou a presença de reações físicas, cognitivas, psicológicas e comportamentais como indicadores integrados de adaptação e de sofrimento durante a crise (Campos et al., 2021).

[Figura 3.1:
Espectro de reações psicológicas à pandemia de COVID-19 na população brasileira, organizado em três faixas de severidade com base nos dados empíricos da FCV-19S e do CPDI (Abad et al., 2020a; Taylor, 2019).]



Como se observa na Figura 3.1, aproximadamente um quarto da população brasileira respondeu com resiliência e adaptação funcional, enquanto cerca de metade apresentou distress de intensidade leve a moderada – dado que converge com o conceito de “pegada psicológica” (Taylor, 2019, p. 4), segundo o

qual o impacto psicológico de pandemias supera amplamente seu impacto médico direto.

A síndrome de SARS estabeleceu também a evidência de que pandemias podem desencadear ou exacerbar quadros psiquiátricos como depressão maior, transtornos de ansiedade e TEPT. No caso da COVID-19, a escala global, a duração prolongada e a incerteza persistente sobre a evolução clínica e as estratégias de controle amplificaram esse potencial de impacto. Um elemento particularmente relevante foi a intolerância à incerteza – a dificuldade de funcionar diante de situações não resolvidas ou imprevisíveis –, que Taylor (2019) analisa como uma das dimensões de personalidade mais fortemente associadas ao distress em contextos pandêmicos. A COVID-19 foi abundante em incertezas: sobre a transmissibilidade, sobre as formas de proteção eficaz, sobre a duração do isolamento e sobre o caráter ondulatório da pandemia, que tornava cada aparente melhora uma fonte de nova ansiedade ante a possibilidade de uma nova onda.

Outro conceito central do modelo de Taylor (2019) é o do “sistema imunológico comportamental” – conjunto de mecanismos psicológicos que incentivam a evitação de doenças mediante respostas afetivas (repugnância), cognitivas (pensamentos de contaminação) e comportamentais (distanciamento de fontes percebidas como infectadas). Embora esse sistema seja adaptativo, ele pode gerar reações excessivas que conduzem à estigmatização de grupos e à evitação de cuidados de saúde. Abad e Abad (2020) retomam explicitamente esse referencial ao analisar o fator psicológico da pandemia no Brasil, sublinhando que as variações individuais nas respostas ao estresse pandêmico – do negacionismo à ansiedade severa – não são aleatórias, mas estruturadas por traços de personalidade, contextos sociais e experiências pessoais.

3.2 Medo, angústia peritraumática e distress no Brasil

A produção empírica brasileira sobre os impactos psicológicos da COVID-19 ganhou impulso a partir de um amplo programa de pesquisa denominado “Reações Físicas, Psicológicas e Cognitivas à COVID-19”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (processo n.º 4.128.627) e coordenado por pesquisadores de diversas universidades brasileiras. O primeiro módulo desse programa produziu o estudo de Abad et al. (2020a), que avaliou especificamente o medo e o distress peritraumático na população brasileira durante as primeiras semanas da pandemia.

O estudo adotou delineamento transversal e coletou dados entre 12 e 18 de abril de 2020, período em que o Brasil registrava crescimento exponencial de casos e 87% dos participantes declaravam encontrar-se em isolamento social. A amostra final foi composta por 1.844 participantes de todas as regiões do país, com perfil predominantemente feminino (79,8%), média de idade de 36,2 anos, elevada escolaridade (89,7% com nível superior completo ou incompleto) e majoritariamente trabalhadores ativos (69,5%). Para mensurar o distress peritraumático, utilizou-se o Índice de Distress Peritraumático de COVID-19 (CPDI), instrumento que avalia depressão, ansiedade, evitação, comportamento compulsivo, fobias específicas, alterações cognitivas, sintomas físicos e perda de funcionamento social. O medo foi mensurado pela Escala de Medo de COVID-19 (FCV-19S), instrumento unidimensional de sete itens com propriedades psicométricas robustas, traduzido e adaptado para o português brasileiro pela equipe do estudo (Abad et al., 2020a).

Tabela 3.1
Perfil sociodemográfico dos participantes (n = 1.844)

Variável	n	%
Gênero		
Feminino	1.471	79,8
Masculino	368	20,0
Outro	5	0,2
Faixa etária (anos)		
Média	36,2	–
Mediana / Moda	35 / 22	–
Estado civil		
Solteiro(a)	898	48,7
Casado(a)	772	41,9
Outros	174	9,4
Escolaridade		
Ensino médio ou inferior	190	10,3
Superior incompleto	396	21,5
Superior completo	1.258	68,2
Situação profissional		
Trabalhando	1.281	69,5
Sem trabalho	563	30,5
Plano de saúde		
Sim	1.279	69,4
Não	565	30,6
Isolamento social		
Sim	1.605	87,0
Não	239	13,0
Doença crônica (ao menos uma)	643	34,9
– Indicadores de transtorno psicológico	298	16,1
– Hipertensão	192	10,4
– Diabetes	71	3,8
– Doença cardíaca	37	2,0

Nota. Dados coletados entre 12 e 18 de abril de 2020. Fonte: Abad et al. (2020a).

Os resultados revelaram propriedades psicométricas adequadas de ambas as escalas na população brasileira: o CPDI

apresentou consistência interna de $\alpha = 0,90$, e a FCV-19S de $\alpha = 0,88$. A correlação entre as duas escalas foi significativa e moderadamente elevada ($r = 0,660$; $p < 0,001$), indicando que o medo de COVID-19 e o distress peritraumático constituem dimensões relacionadas, mas distintas, do impacto psicológico da pandemia. Do ponto de vista clínico, 23,8% dos participantes apresentaram distress severo (escore CPDI ≥ 52), e 13,2% reportaram medo severo (FCV-19S entre 27 e 35) – proporções que, projetadas sobre a população brasileira, indicam um contingente expressivo de pessoas em necessidade de suporte psicológico (Abad et al., 2020a). A magnitude dessas proporções é consistente com os dados registrados pelo projeto LAVINACC, que documentou indicadores similares de distress em amostras diversas do Brasil e de Portugal (Campos et al., 2021).

Tabela 3.2

Estatísticas descritivas e distribuição de frequências do CPDI e da FCV-19S por gênero

	Feminino	Masculino	Total
CPDI			
Média	41,1	33,2	39,6
Mediana	40	31	38
Desvio padrão	16,3	14,1	16,2
Normal 0–28	375 (25,5%)	153 (41,6%)	530 (28,7%)
Leve-moderado 29–52	695 (47,3%)	178 (48,4%)	876 (47,5%)
Grave 53–100	401 (27,2%)	37 (10,0%)	438 (23,8%)
FCV-19S			
Média	18,9	14,5	18,1
Mediana	18	13	17
Desvio padrão	6,6	5,9	6,7
Normal 7–16	590 (40,1%)	253 (68,8%)	844 (45,8%)
Leve-moderado 17–26	655 (44,5%)	97 (26,4%)	756 (41,0%)
Grave 27–35	226 (15,4%)	18 (4,8%)	244 (13,2%)

Nota. CPDI = Índice de Distress Peritraumático do COVID-19; FCV-19S = Escala de Medo do COVID-19. Correlação entre escalas: $r = 0,660$ ($p < 0,001$). Fonte: Abad et al. (2020a).

As diferenças de gênero constituíram um dos achados mais relevantes do estudo. As mulheres apresentaram médias significativamente superior em ambas as escalas: na FCV-19S, a média feminina foi de 18,9 pontos, comparada a 14,5 entre os homens; no CPDI, a média das mulheres alcançou 41,1 pontos, frente a 33,2 entre os homens – com 27,2% das mulheres apresentando distress peritraumático grave, comparado a apenas 10,0% dos homens (Abad et al., 2020a). Esses resultados alinham-se ao padrão observado em pesquisas internacionais sobre impacto psicológico de desastres e emergências, e convergem com os achados do estudo LAVINACC, que também documentou maiores índices de reações psicológicas intensas entre mulheres na amostra luso-brasileira (Campos et al., 2021).

Tabela 3.3
Propriedades psicométricas do CPDI e da FCV-19S (n = 1.844)

Indicador	CPDI	FCV-19S
Mínimo	4	7
Máximo	93	35
Mediana	38	17
Média	39,57	18,08
IC 95%	[38,83–40,31]	[17,78–18,39]
Desvio padrão	16,24	6,69
Alfa de Cronbach	0,90	0,88

Nota. CPDI = Índice de Distress Peritraumático do COVID-19; FCV-19S = Escala de Medo do COVID-19; IC = intervalo de confiança. Fonte: Abad et al. (2020a).

A abordagem bioecológica adotada no estudo é particularmente relevante para compreender a amplitude dos impactos registrados. Em nível de microssistema, os participantes relataram medo de adoecer e morrer, sentimentos de desamparo e ameaças à saúde de pessoas próximas. No nível do mesossistema, foram documentados rompimentos de rotinas, separação de familiares, fechamento de escolas e instituições e escassez de insumos essenciais. Em nível macrosistêmico, os dados revelaram o impacto cultural, político e socioeconômico da pandemia sobre a qualidade do trabalho, o emprego e as perspectivas de futuro (Abad et al., 2020a).

3.3 Respostas comportamentais: adesão, negacionismo e coping

As respostas comportamentais a pandemias constituem, para Taylor (2019), um domínio de análise essencial porque é por meio dos comportamentos individuais e coletivos que o vírus se propaga ou é contido. O distanciamento social, a higienização das mãos e o uso de máscaras são eficazes apenas na medida em que as pessoas efetivamente os adotam e mantêm ao longo do tempo.

Taylor (2019) identifica dois estilos cognitivos que modulam de forma significativa as respostas comportamentais à ameaça de infecção: o monitoramento e o amortecimento (*monitoring* e *blunting*). Pessoas com estilo de monitoramento tendem a buscar ativamente informações sobre ameaças à saúde, percebem os riscos como mais graves e são mais propensas a preocupações intensas. Pessoas com estilo de amortecimento, ao contrário, tendem a minimizar as informações ameaçadoras e a evitar o confronto com a ameaça. Cada estilo tem seus custos: os “monitores” estão em maior risco de ansiedade e distress; os “amortecedores” estão em maior risco de ignorar ameaças reais e não adotar as medidas de proteção recomendadas (Taylor, 2019). No contexto da COVID-19, esse segundo padrão manifestou-se de forma particularmente visível nas atitudes de negacionismo que marcaram setores expressivos da sociedade brasileira.

O negacionismo pandêmico não pode ser reduzido a uma questão de ignorância ou desinformação isolada. Abad e Abad (2020) analisam o papel da desinformação – as chamadas *fake news*, boatos e teorias da conspiração – como fonte de pânico e estresse, com efeitos mensuráveis sobre a saúde mental da população. O paradoxo é que a desinformação opera em dois sentidos opostos: de um lado, alimenta o medo irracional em pessoas já ansiosas; de outro, fornece às pessoas com estilo de amortecimento uma justificativa para não adotar comportamentos protetores. Em ambos os casos, o resultado é prejuízo à saúde pública (Abad & Abad, 2020).

Taylor (2019) documenta extensamente a tendência humana de recorrer a remédios duvidosos e práticas de eficácia não comprovada em contextos de ameaça sanitária grave. Durante pandemias anteriores – da gripe espanhola de 1918 ao SARS de 2002–2003 –, observou-se proliferação de tratamentos sem comprovação científica, aconselhados por figuras de autoridade informal ou amplificados pelas redes de comunicação da época. A pandemia de COVID-19 repetiu esse padrão com amplitude sem precedentes, facilitada pelas redes sociais e pela velocidade da comunicação digital. No Brasil, a recomendação institucional de medicamentos sem eficácia comprovada, proveniente das mais altas esferas do poder executivo, constitui um exemplo singular da intersecção entre negacionismo político e vulnerabilidade psicológica coletiva – um cenário que Abad et al. (2020b) já antecipavam ao alertar que a postura das lideranças políticas em relação à pandemia representava um dos maiores obstáculos à implementação das medidas de controle recomendadas pela OMS.

As estratégias de coping – esforços cognitivos e comportamentais para manejar demandas avaliadas como excessivas para os recursos disponíveis – emergem como conceito central na compreensão das respostas individuais à pandemia. A alta correlação entre medo e distress observada por Abad et al. (2020a) ($r = 0,660$) sugere que, para uma parcela considerável da população brasileira, o medo não foi acompanhado de estratégias de coping funcionais, produzindo padrões comportamentais que, embora subjetivamente protetores, potencialmente exacerbaram o sofrimento e, em alguns casos, comprometeram o acesso aos serviços de saúde.

A adesão às medidas de distanciamento social também foi mediada por condições estruturais que transcendem a esfera psicológica individual. Abad et al. (2020b) observam que, no contexto brasileiro, as recomendações de isolamento confrontavam-se diretamente com as condições de vida de trabalhadores informais – que representavam cerca de 40% da força de trabalho do país segundo os dados do IBGE de 2020 – para quem o isolamento significava a perda imediata do sustento. Como demons-

trado pelos dados do LAVINACC, a percepção de ameaça e as estratégias de resposta variaram significativamente em função das condições estruturais de cada grupo estudado (Campos et al., 2021) – reafirmando que a psicologia do comportamento preventivo não pode ser dissociada dos determinantes sociais que definem as possibilidades reais de ação dos indivíduos.

3.4 Saúde mental no Brasil durante e após a pandemia: evidências empíricas

A série de estudos conduzidos pelo grupo de pesquisa liderado por Abad e colaboradores oferece o panorama empírico mais detalhado disponível sobre o impacto psicológico da COVID-19 na população brasileira na fase inicial da pandemia. Tomados em conjunto, esses estudos permitem identificar os grupos mais vulneráveis ao sofrimento psíquico e os fatores que modularam a intensidade do impacto.

O segundo estudo derivado do mesmo banco de dados de 1.844 participantes, publicado por Teixeira et al. (2020), investigou a relação entre condições crônicas de saúde e os índices de distress e medo. A amostra foi dividida em quatro grupos: G1, com 1.232 participantes sem condições crônicas (referência); G2, com 298 participantes com sofrimento psicológico prévio; G3, com 229 participantes com doenças cardiovasculares ou hipertensão; e G4, com 71 participantes com diagnóstico de diabetes. Os resultados mostraram que todos os grupos com comorbidades apresentaram escores significativamente superiores ao grupo de referência, tanto no CPDI quanto na FCV-19S. O achado mais expressivo foi que o grupo cardiovascular (G3) apresentou os escores mais elevados – inclusive superiores aos do grupo com sofrimento psicológico prévio (G2) –, com diferença estatisticamente significativa confirmada pelo teste de Wilcoxon-Mann-Whitney ($p < 0,05$) (Teixeira et al., 2020).

Esse resultado tem implicação clínica importante: a sobreposição entre vulnerabilidade clínica (risco de evolução grave para COVID-19) e vulnerabilidade psicológica (maiores índices

de medo e distress) configura um ciclo de risco auto-reforçador, pois a elevação crônica do estresse compromete a função imunológica e cardiovascular (Taylor, 2019). Teixeira et al. (2020) concluem que a intervenção em crise psicológica deve ser parte integrante dos protocolos de atenção a pacientes com doenças crônicas durante emergências sanitárias.

Uma terceira análise do mesmo banco de dados, publicada por de Paiva Teixeira et al. (2021), focalizou as diferenças nos impactos psicológicos de acordo com o tipo de ocupação dos participantes. Os resultados revelaram que estudantes e desempregados apresentaram os índices mais elevados de distress e medo, com escores médios acima de todos os demais grupos. Os profissionais de saúde, embora expostos à ameaça real de contágio, apresentaram índices intermediários – evidência que os autores associam tanto à formação específica para lidar com crises quanto ao senso de propósito e pertencimento ao grupo profissional como fatores protetores (de Paiva Teixeira et al., 2021). Esse padrão de diferenciação por grupo ocupacional encontrou correspondência nos dados do LAVINACC, cujos participantes de diferentes categorias profissionais apresentaram perfis de resposta à pandemia distintos em múltiplos domínios avaliados (Campos et al., 2021).

O impacto sobre estudantes merece atenção particular. A pandemia interrompeu abruptamente o calendário acadêmico de mais de 52 milhões de estudantes no Brasil, gerando insegurança sobre a conclusão dos cursos e as perspectivas profissionais. O dado sobre desempregados reforça essa análise: a perda involuntária de emprego em um contexto de recessão global expôs esse grupo a sintomas de depressão e ansiedade agravados pela perda das funções psicológicas latentes do trabalho, como estrutura temporal, identidade social e contato com outros (de Paiva Teixeira et al., 2021; Abad & Abad, 2020).

No plano do alerta precoce, o artigo de Abad et al. (2020b), publicado quando o Brasil ainda estava nas fases iniciais da pandemia, já alertava para a fragilidade dos sistemas de saúde latino-americanos diante da iminente crise de saúde mental,

destacando que os preditores de distress variavam entre países em função dos sistemas de saúde, das políticas de lockdown, da cultura, das condições de trabalho e emprego e da qualidade da informação disponível (Abad et al., 2020b).

A obra coletiva organizada por Abad et al. (2023), Saúde e COVID-19 no Brasil: um novo olhar interdisciplinar sobre a pandemia, sistematiza as evidências acumuladas ao longo dos primeiros anos da pandemia e as articula em uma perspectiva biopsicossocial. A perspectiva sindêmica adotada – desenvolvida originalmente pelo antropólogo Merrill Singer – caracteriza a COVID-19 não apenas como uma epidemia de doença infecciosa, mas como um complexo biossocial em que condições de saúde e fatores socioambientais interagem de forma mutuamente amplificadora (Abad et al., 2023). Nessa perspectiva, os impactos psicológicos da pandemia não são efeitos colaterais secundários da crise sanitária: são dimensões constitutivas da experiência pandêmica no Brasil.]

3.5 O fator psicológico na transmissão e no enfrentamento

A relação entre processos psicológicos e vulnerabilidade à infecção é mais direta do que habitualmente se reconhece nos modelos biomédicos de análise de pandemias. A pesquisa em psiconeuroimunologia documenta que estressores psicossociais crônicos e estados emocionais negativos influenciam a produção de linfócitos e de citocinas pró-inflamatórias, comprometendo a eficácia do sistema imunológico (Taylor, 2019). Indivíduos com alta emocionalidade negativa – o traço de personalidade também conhecido como neuroticismo, discutido no Capítulo 1 – tendem a experimentar emoções negativas com maior frequência e intensidade, o que os expõe a períodos mais longos de supressão imunológica e pode implicar respostas mais fracas à vacinação (Taylor, 2019).

No contexto da pandemia de COVID-19 no Brasil, essa cadeia causal adquire relevância de saúde pública considerável.

Abad e Abad (2020) argumentam que o estresse crônico induzido pela pandemia – pela ameaça de contágio, pela insegurança econômica, pelo luto e pelo isolamento prolongado – criou as condições para uma crise psicológica de proporções sem precedentes, com potencial de se retroalimentar: mais estresse, maior supressão imunológica, maior vulnerabilidade à infecção, mais estresse. Essa espiral é particularmente preocupante nos grupos identificados por Teixeira et al. (2020) como mais vulneráveis – pacientes cardiovasculares e hipertensos – exatamente porque nesses grupos a carga alostática já é elevada antes mesmo de qualquer exposição pandêmica.

O fator psicológico atua igualmente como mediador crítico da adesão aos principais instrumentos de controle da pandemia. A comunicação de risco é eficaz apenas na medida em que produz uma percepção acurada do perigo: nem tão baixa que leve à negligência, nem tão elevada que paralise ou induza à busca de informações alternativas em fontes não científicas. Taylor (2019) analisa extensamente a dinâmica de comunicação de risco em pandemias anteriores, mostrando que mensagens excessivamente alarmistas podem produzir reações de amortecimento em que o indivíduo, incapaz de tolerar a ansiedade evocada, passa a ignorar ativamente as informações sobre a ameaça. No contexto brasileiro, a polarização política em torno da pandemia perturbou de forma inédita essa dinâmica: a adesão ou rejeição das medidas preventivas passou a funcionar como marcador de identidade política, tornando a comunicação baseada em evidências ainda mais difícil de implementar.

Quanto ao distanciamento social, Abad e Abad (2020) recordam que essa estratégia, embora necessária do ponto de vista epidemiológico, tem consequências psicológicas documentadas: sentimentos de desamparo, tédio, solidão e depressão, além de ser preditora de sintomas de transtorno de estresse agudo. A quarentena pode ser especialmente nociva para pessoas com ideias suicidas, dado que as principais teorias do suicídio enfatizam o papel central das conexões sociais na sua prevenção (Abad & Abad, 2020). O estudo LAVINACC oferece evi-

dências adicionais nesse sentido, ao documentar que as reações de evitação e os comportamentos de isolamento foram acompanhados por indicadores de sofrimento psicológico mensuráveis em múltiplas dimensões (Campos et al., 2021). Esses efeitos não invalidam as medidas de distanciamento, mas impõem que elas sejam acompanhadas de suporte psicológico adequado – recurso que esteve sistematicamente subfinanciado ao longo de toda a pandemia no Brasil.

As intervenções psicológicas assumem, nesse quadro, um caráter genuinamente de saúde pública. Taylor (2019) argumenta que tratamentos como a terapia cognitivo-comportamental (TCC), ao reduzirem a propensão ao estresse e as emoções negativas crônicas, podem compensar a supressão imunológica induzida pelo estresse – transformando a saúde mental de um problema individual em um componente da resposta coletiva à pandemia. Nesse mesmo espírito, Abad et al. (2020b) formularam quatro recomendações para a gestão da crise de saúde mental na América Latina: atenção especial aos grupos mais vulneráveis (idosos, mulheres e trabalhadores migrantes); fortalecimento dos sistemas de saúde e da acessibilidade a recursos médicos; coordenação de um plano nacional de primeiros socorros psicológicos durante a pandemia; e implementação de um sistema abrangente de prevenção e intervenção em crise, incluindo monitoramento epidemiológico, triagem, encaminhamento e intervenção dirigida.

A pertinência dessas recomendações tornou-se ainda mais clara à medida que a pandemia avançou. O monitoramento dos impactos psicológicos ao longo do tempo, a formação de profissionais de saúde mental para atuar em contextos de crise e a integração da atenção psicossocial às estratégias de controle da transmissão emergiram como demandas urgentes que o sistema de saúde brasileiro não estava preparado para satisfazer. A experiência da COVID-19 lega, portanto, além dos impactos imediatos sobre a saúde mental da população, uma agenda de transformação das políticas de saúde mental no Brasil que ainda está longe de ser concluída.

Referências

- Abad, A., da Silva, J. A., Teixeira, L. E. P. de P., Antonelli-Ponti, M., Bastos, S., Mármora, C. H. C., Campos, L. A. M., Paiva, S., de Freitas, R. L., & da Silva, J. A. (2020a). Evaluation of fear and peritraumatic distress during COVID-19 pandemic in Brazil. *Advances in Infectious Diseases*, 10, 184–194. <https://doi.org/10.4236/aid.2020.103019>
- Abad, A., da Silva, J. A., das Neves Braga, J. V. Z., Medeiros, P., de Freitas, R. L., Coimbra, N. C., & da Silva, J. A. (2020b). Preparing for the COVID-19 mental health crisis in Latin America. *Advances in Infectious Diseases*, 10, 40–44. <https://doi.org/10.4236/aid.2020.103005>
- Abad, A., & Abad, T. M. (2020). COVID-19: O fator psicológico. *Integración Académica en Psicología*, 8(23), 4–10.
- Abad, A., Campos, L. A. M., Paiva, S. F., & Silva, K. D. O. (2023). *Saúde e COVID-19 no Brasil: Um novo olhar interdisciplinar sobre a pandemia*. Letra Capital.
- Campos, L. A. M., Paiva, S. F., Cardoso, F. S., & da Silva, J. A. (Orgs.). (2021). *Reações físicas, cognitivas, psicológicas e comportamentais como indicadores de saúde à pandemia COVID-19: um retrato luso-brasileiro*. Editora CRV.
- de Paiva Teixeira, L. E. P., de Freitas, R. L., Abad, A., da Silva, J. A., Antonelli-Ponti, M., Mármora, C. H. C., Campos, L. A. M., Paiva, S., Bastos, S., & da Silva, J. A. (2021). Psychological impacts of COVID-19 pandemic on the Brazilian population: Occupational analysis. *World Journal of Neuroscience*, 11, 145–160. <https://doi.org/10.4236/wjns.2021.112013>
- Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Cambridge Scholars Publishing.
- Teixeira, L. E. P. de P., de Freitas, R. L., Abad, A., da Silva, J. A., Antonelli-Ponti, M., Bastos, S., Mármora, C. H. C., Campos, L. A. M., Paiva, S., & da Silva, J. A. (2020). Psychological impacts related to stress and fear during the COVID-19 pandemic: Cardiovascular diseases, diabetes and psychological disorders as risk factors. *World Journal of Neuroscience*, 10, 191–205. <https://doi.org/10.4236/wjns.2020.104019>

Capítulo 4.

Estresse por Mobilidade Transcultural durante a Pandemia

Introdução

Ampliando a perspectiva dos capítulos anteriores – que estabeleceram os vínculos entre personalidade, saúde percebida e determinantes sociais no contexto brasileiro – este capítulo volta-se para uma dimensão específica e frequentemente negligenciada: o estresse por mobilidade transcultural e suas interações com traços de personalidade durante a pandemia de COVID-19.

A pandemia de COVID-19 não afetou apenas as populações sedentárias. Para os milhões de pessoas que viviam em condição de mobilidade transcultural – imigrantes, refugiados, estudantes internacionais, pesquisadores em diáspora, trabalhadores migrantes – a crise sanitária representou uma camada adicional e específica de adversidade. Em um mundo que subitamente fechou suas fronteiras, suspendeu os vínculos sociais transnacionais e expôs as populações migrantes a formas intensificadas de discriminação e exclusão, o estresse associado à mobilidade transcultural assumiu contornos sem precedentes. Taylor (2019) documenta que crises sanitárias historicamente intensificam a estigmatização de grupos percebidos como “portadores externos” da doença – um mecanismo que, durante a pandemia de COVID-19, afetou de modo particularmente severo as populações em situação de mobilidade.

Compreender esse fenômeno requer uma estrutura teórica que supere os limites dos modelos tradicionais de estresse aculturativo – desenvolvidos, em sua maior parte, em contextos norte-americanos e europeus, a partir de populações estu-

dantis, e ancorados em uma lógica unidirecional que tende a situar o problema no indivíduo que “não consegue se adaptar” em vez de nas condições estruturais que dificultam ou impedem a adaptação (Abad, 2025). Este capítulo propõe justamente essa ampliação de perspectiva: a transição do conceito de estresse aculturativo para o de estresse por mobilidade transcultural, conforme proposto por Abad (2026), analisado à luz das evidências empíricas disponíveis e do contexto específico da pandemia de COVID-19 no Brasil.

O capítulo articula três eixos teóricos complementares: a teoria da mobilidade transcultural e dos modelos de aculturação (Abad, 2026); a Teoria da Identidade Social (TIS) e suas implicações para as relações intergrupais em contexto pandêmico (Abad, 2024); e as lacunas identificadas na mensuração psicométrica do estresse por mobilidade transcultural (Abad, 2025). A integração desses eixos permite uma leitura mais complexa, contextualizada e clinicamente útil do sofrimento psicológico vivenciado por populações em mobilidade durante – e após – a pandemia.

4.1 Psicologia transcultural e mobilidade humana: fundamentos conceituais

A psicologia transcultural é o campo disciplinar que se ocupa de estudar como a cultura influencia os processos psicológicos humanos – cognitivos, afetivos, comportamentais – e como esses processos variam e se mantêm constantes entre grupos culturalmente distintos. Conforme Abad (2026) explicita na abertura de *Psicología Transcultural*, vivemos em um mundo de encontros: um mundo onde as identidades já não se delimitam a um único território, onde as realidades psicológicas se tecem na intersecção de histórias, tradições e sistemas de poder em constante negociação. Nesse contexto, compreender a relação entre cultura e psique humana deixou de ser um interesse especializado para se tornar uma necessidade profissional e uma responsabilidade ética fundamental (Abad, 2026).

O conceito de mobilidade transcultural vai além do simples deslocamento físico entre países. Na perspectiva proposta por Abad (2026), a mobilidade abrange a adaptação cognitiva, afetiva e identitária que ocorre quando uma pessoa negocia, cotidianamente, entre diferentes configurações culturais. O prefixo *trans-* é deliberado: evoca um processo ativo, bidirecional, de tradução, mediação e criatividade cultural – não uma recepção passiva de influências externas, nem uma substituição linear da cultura de origem pela cultura receptora. Essa reorientação conceitual situa a agência do sujeito no centro da análise, ao mesmo tempo em que visibiliza os obstáculos estruturais – xenofobia, racismo, políticas migratórias excludentes, barreiras linguísticas – que circunscrevem ou negam essa agência para determinados grupos (Abad, 2026).

No plano teórico mais amplo, Abad (2026) articula as contribuições de Hofstede e Schwartz para mapear as dimensões culturais que modulam as experiências de mobilidade. O modelo de Hofstede oferece um mapa societal – ferramenta indispensável para comparar culturas em larga escala –, enquanto o modelo de Schwartz oferece um plano da mente humana, revelando como conflitos entre valores individuais se manifestam nas experiências concretas de pessoas que habitam espaços de fronteira cultural (Abad, 2026). Para o contexto pandêmico, essa dupla perspectiva é especialmente relevante: a COVID-19 operou simultaneamente em nível macrossistêmico – reestruturando as condições políticas, econômicas e sociais da mobilidade global – e em nível individual, amplificando as tensões valorativas e identitárias de pessoas que se encontravam em trânsito entre culturas no momento em que o mundo fechou suas fronteiras.

4.2 Do estresse aculturativo ao estresse por mobilidade transcultural

Durante décadas, o conceito de estresse aculturativo operou como pedra angular da psicologia transcultural. Sua contribui-

ção foi inegável: ao nomear o sofrimento associado às demandas de adaptação cultural, abriu espaço para que a psicologia reconhecesse a especificidade das experiências migrantes. No entanto, Abad (2026) propõe que o uso persistente do termo pode estar ancorado a uma perspectiva cada vez mais obsoleta e, em certos aspectos, limitante.

O problema começa no próprio termo. A palavra “aculturação” porta a marca de uma perspectiva unidirecional: situa a fonte do estresse no indivíduo e em sua tentativa – presumidamente problemática – de aculturar-se. Mas, pergunta Abad (2026), é realmente a mudança cultural em si mesma a fonte primária do sofrimento? Ou se trata, mais precisamente, da experiência de enfrentar cotidianamente o racismo, a exclusão social, a necessidade constante de “traduzir-se” entre mundos culturalmente distantes – desafios que, em grande medida, são estruturalmente impostos e não decorrem do próprio processo de adaptação?

A análise de Abad (2025) do campo de escalas de estresse por mobilidade transcultural confirma essa crítica com dados empíricos robustos. Em uma revisão sistemática de 42 estudos conduzida segundo as diretrizes PRISMA 2020, o autor demonstrou que 83,3% dos instrumentos existentes focalizam o estresse aculturativo, mas 92,9% deles mensuram estressores externos enquanto omitem os processos de avaliação cognitiva (cognitive appraisal) e de coping – dimensões centrais do modelo transacional de Lazarus e Folkman (1984). Isso significa que a maioria das ferramentas disponíveis cataloga sistematicamente o sofrimento dos migrantes sem capturar os mecanismos pelos quais eles o processam e enfrentam (Abad, 2025). O resultado é um paradoxo crítico: os instrumentos mais validados medem manifestações superficiais do estresse enquanto ignoram os motores psicológicos centrais do processo adaptativo.

Tabela 4.1

Distribuição geográfica dos 42 estudos incluídos na revisão sistemática

Região	Estudos	%	Principais etnias/países
América do Norte	18	42,9	México/Latino 14,5%; Asiático-americano 8,1%; Coreano 6,0%; Indiano 6,0%
Ásia	12	28,6	Chinês 12,0%; Japonês 11,2%; Paquistaneses 2,6%; Vietnamita 1,1%
Europa	7	16,7	Turco 1,4%; Árabe 1,7%; Iraniano 3,6%
Oceania	3	7,1	Africano 2,0%; Nepalês 0,8%
América do Sul	2	4,8	Colombiano 5,4%; Brasileiro 3,5%; Peruano 2,0%
Total	42	100	N total = 16.971 participantes

Nota. Participantes brasileiros = 3,5% da amostra total (N = 594). Média por estudo: N = 410,2 (amplitude: 20–1.517). Fonte: Abad (2025).

Abad (2025) identificou também severa sub-representação geográfica: 59,6% dos estudos revisados provinham de contextos ocidentais, enquanto a América do Sul representava apenas 4,8% dos estudos e os participantes brasileiros correspondiam a apenas 3,5% do total da amostra acumulada (n = 594 de 16.971). Esse desequilíbrio é especialmente significativo para o Brasil, que durante a pandemia de COVID-19 tornou-se tanto origem quanto destino de importantes fluxos de mobilidade forçada.

Diante dessas limitações, Abad (2026) propõe a adoção sistemática do constructo estresse por mobilidade transcultural, que cumpre três funções críticas. Primeiramente, identifica corretamente a fonte do estresse – não a “aculturação” em si, mas a experiência de mobilidade entre configurações culturais. Em segundo lugar, o prefixo trans- recupera a agência do sujeito. Em terceiro lugar, visibiliza os fatores estruturais – xenofobia, racismo, políticas excludentes – que o antigo constructo tendia a ocultar sob uma retórica aparentemente neutra de “adaptação” (Abad, 2026).

O modelo de Berry, relido à luz dessa perspectiva crítica, mantém sua utilidade heurística mas deve ser libertado de uma interpretação puramente psicologicista. Berry distinguiu quatro

estratégias de aculturação: integração, assimilação, separação e marginalização. A integração é consistentemente associada aos melhores resultados psicológicos; a marginalização produz os piores – altos níveis de estresse, confusão identitária, anomia e maior prevalência de depressão, ansiedade e condutas de risco (Abad, 2026). No entanto, essas estratégias não são simplesmente “escolhas”: são trajetórias habilitadas ou restritas pela posição da pessoa em estruturas de poder e opressão (Abad, 2026).

No contexto pandêmico, essa leitura interseccional torna-se ainda mais urgente. O fechamento das fronteiras, a suspensão dos serviços consulares, as dificuldades de regularização migratória e o endurecimento das retóricas xenóforas que frequentemente acompanham crises sanitárias restringiram drasticamente o campo de opções disponíveis para populações em mobilidade, empurrando muitas pessoas em direção à separação forçada ou à marginalização. Taylor (2019) observa que, em contextos epidêmicos, a ativação do “sistema imunológico comportamental” pode produzir reações de rejeição de grupos externos que extrapolam amplamente qualquer justificativa sanitária objetiva, transformando a prevenção epidemiológica em discriminação social legitimada por discurso de saúde.

4.3 Identidade social, pertencimento e pandemia

O estresse por mobilidade transcultural não é apenas um problema de adaptação comportamental: é, fundamentalmente, um problema de identidade. Quem sou eu neste novo contexto? A que grupo pertenço? Como sou percebido pelos outros? Que valor é atribuído à identidade que carrego? Essas questões, constitutivas de qualquer experiência migratória, assumiram uma urgência particular durante a pandemia de COVID-19, quando as categorias sociais de pertencimento foram mobilizadas de formas frequentemente excludentes e estigmatizantes.

A Teoria da Identidade Social (TIS), desenvolvida por Tajfel e Turner, oferece o quadro conceitual mais sistematizado para compreender esse fenômeno. Conforme Abad (2024) sintetiza, a identidade social corresponde à parcela do autoconceito que deriva do conhecimento que o indivíduo tem de sua pertença a determinados grupos sociais – juntamente com o significado emocional e o valor associados a essa pertença. A identidade social é inseparável das relações intergrupais: ela se constitui mediante a categorização social, a identificação social e a comparação social (Abad, 2024).

A TIS postula que os indivíduos buscam ativamente manter um autoconceito positivo, o que os leva a valorizar os grupos a que pertencem – os grupos internos (endogrupos) – e, frequentemente, a desvalorizar os grupos externos (exogrupos). Essa dinâmica produz o que Abad (2024) denomina favoritismo endogrupal, que não necessariamente implica hostilidade ativa ao exogrupo, mas gera uma assimetria sistemática nas avaliações. Quando as identidades sociais são ameaçadas, os indivíduos tendem a adotar estratégias de manejo que podem incluir mobilidade social individual, criatividade social e ação coletiva (Abad, 2024).

Durante a pandemia de COVID-19, as populações em mobilidade transcultural enfrentaram múltiplos vetores de ameaça identitária. O vírus foi associado, em sua origem, a um grupo nacional específico, e essa associação alimentou formas de discriminação que afetaram desproporcionalmente comunidades percebidas como “portadoras externas” da doença. Taylor (2019) documenta que esse padrão de estigmatização de grupos externos em contextos epidêmicos tem raízes evolutivas nos mecanismos do sistema imunológico comportamental, mas suas consequências sociais extrapolam qualquer fundamento epidemiológico: produzem exclusão, violência simbólica e danos mensuráveis à saúde mental dos grupos alvo. No Brasil, imigrantes de diversas origens reportaram experiências intensificadas de discriminação e exclusão durante a pandemia, articuladas tanto à sua condição migratória quanto às dimensões étnico-raciais de suas identidades sociais.

A análise interseccional proposta por Abad (2024), apoiada em Brewer (1991) e Turner et al. (1987), permite compreender que as identidades sociais operam em múltiplos níveis de abstração simultaneamente: da identidade humana universal à identidade nacional, étnica, religiosa, profissional e pessoal. Durante a pandemia, esses níveis foram ativados de formas contraditórias: ao mesmo tempo em que discursos de solidariedade evocavam a identidade humana comum, políticas nacionais excludentes reforçavam fronteiras intergrupais rígidas. Para populações em mobilidade transcultural, essa tensão foi vivenciada como experiência cotidiana de contradição identitária.

O estudo multicêntrico luso-brasileiro do LAVINACC oferece um ponto de ancoragem empírico importante: ao documentar como reações cognitivas, comportamentais e emocionais à pandemia variaram em função de contextos culturais distintos – mesmo dentro da mesma tradição linguística lusófona –, o estudo evidencia que a pertença cultural e identitária é um modulador real e mensurável das respostas a crises sanitárias (Campos et al., 2021). Para populações em mobilidade, que habitam simultaneamente múltiplos contextos culturais, essa modulação opera em camadas sobrepostas e frequentemente conflitantes.

Abad (2024) também destaca que os estereótipos desempenham papel fundamental na estratificação social e na manutenção de hierarquias intergrupais. Quando ativados em contextos de ameaça – como uma pandemia –, os estereótipos tendem a se intensificar, alimentando atitudes discriminatórias que afetam o bem-estar psicológico dos grupos estigmatizados. Para pessoas em mobilidade transcultural, a sobreposição de estigmas – migrante + portador potencial de doença + integrante de grupo étnico-racial marginalizado – configura um campo de vulnerabilidade psicossocial particularmente severo.

A teoria de Bronfenbrenner, conforme elaborada por Abad (2026), oferece complemento essencial à TIS para compreender como esses processos identitários se situam em contextos sistêmicos mais amplos. O modelo bioecológico PPCT – Processo,

Pessoa, Contexto, Tempo – permite analisar como as interações cotidianas são moduladas pelas características individuais (incluindo traços de personalidade e recursos de coping), pelo contexto multinível e pelo tempo histórico. No caso da pandemia, o cronosistema adquiriu relevância excepcional: a pandemia não apenas perturbou os processos proximais do dia a dia, mas reconfigurou radicalmente os macrossistemas de políticas migratórias, acesso a serviços de saúde e legitimidade da presença de populações migrantes nos países de acolhimento (Abad, 2026).

4.4 Lacunas na mensuração do estresse por mobilidade transcultural: implicações para a pesquisa brasileira

A revisão sistemática de Abad (2025) documenta com rigor as limitações dos instrumentos existentes para mensurar o estresse em contextos de mobilidade transcultural – limitações que têm consequências diretas para a capacidade de identificar, monitorar e intervir sobre o sofrimento de populações migrantes no Brasil e na América Latina.

A principal lacuna identificada é de natureza teórica: a vasta maioria dos instrumentos revisados (92,9%) medem estressores externos mas omitem os processos de avaliação cognitiva e coping que determinam se esses estressores se tornam ameaças debilitantes ou desafios manejáveis (Abad, 2025). Esse problema viola a premissa central do modelo transacional de Lazarus e Folkman (1984), que concebe o estresse como uma relação dinâmica entre as demandas do ambiente e a avaliação que o indivíduo faz de seus próprios recursos para enfrentá-las. Ao ignorar essa dimensão avaliativa, os instrumentos disponíveis arriscam patologizar respostas adaptativas normativas e obscurecer os caminhos de resiliência (Abad, 2025).

Os estressores mais prevalentemente avaliados pelas escalas revisadas foram: barreiras linguísticas (64,3% dos instrumentos),

discriminação percebida (61,9%), saudade de casa (homesickness, 50,0%), conflito ou ameaça identitária (45,2%), estresse acadêmico ou laboral (50,0%) e estresse financeiro (35,7%) (Abad, 2025). Esses domínios têm alta relevância para o contexto pandêmico: durante a COVID-19, cada um desses estressores foi amplificado de forma específica. As barreiras linguísticas tornaram-se obstáculos ao acesso a informações de saúde. A discriminação contra grupos migrantes intensificou-se em muitos contextos, em consonância com o padrão histórico de estigmatização de grupos externos durante crises sanitárias documentado por Taylor (2019). O estresse financeiro aprofundou-se com a perda de empregos e o colapso de redes de subsistência informais. E o conflito identitário foi amplificado pela associação entre origem nacional e risco de contágio.

Tabela 4.2
Principais estressores identificados nos 42 instrumentos revisados

Estressor	Instrumentos (exemplos)	% (n/42)
Barreiras linguísticas	MASI, RASI, AHSCS, ASSCS	64,3% (27)
Discriminação percebida	ASSIS, MASS, ASIC, BISS	61,9% (26)
Saudade de casa	ASSIS, BISS, MASS, AHSCS	50,0% (21)
Estresse acadêmico/laboral	ASSCS, AHSCS, ASSPMS	50,0% (21)
Conflito ou ameaça identitária	MASI, ASVA, AAMAS	45,2% (19)
Estresse financeiro	BISS, MASS, EBEA	35,7% (15)
Isolamento cultural	RASI, ASSPMS	28,6% (12)
Conflito familiar	CASAS-A, HSI, AMAS-ZABB	26,2% (11)
Estresse religioso	ASSPMS, ASID	11,9% (5)
Culpa	ASSIS, ASSCS	11,9% (5)

Nota. Os instrumentos avaliam em média 3–4 estressores simultaneamente. Nenhum avaliou a totalidade dos estressores listados. Fonte: Abad (2025).

A segunda grande lacuna identificada por Abad (2025) é de natureza geográfica e cultural: 59,6% dos estudos incluídos provêm de contextos ocidentais predominantemente norte-americanos, com amostras compostas majoritariamente por jovens adultos (18–25 anos, 54,2%) e estudantes universitários (85,7% dos instru-

mentos excluíram populações não estudantis). Essa limitação tem consequências diretas para a validade dos instrumentos quando aplicados a populações migrantes mais diversas – incluindo trabalhadores informais, mulheres em situação de vulnerabilidade, idosos migrantes e populações do Sul Global (Abad, 2025).

A terceira limitação destacada na revisão é psicométrica: apenas 31,0% dos instrumentos testaram a invariância de medida entre grupos culturais distintos, o que significa que não está demonstrado, para a grande maioria das escalas, que elas medem o mesmo construto da mesma forma em diferentes contextos culturais – uma inconsistência metodológica fundamental (Abad, 2025).

Tabela 4.3

*Lacunas metodológicas críticas identificadas na revisão sistemática
(N = 42 estudos)*

Indicador	Valor
Estudos focados exclusivamente em estresse aculturativo	83,3% (35/42)
Estudos que omitem avaliação cognitiva e coping	92,9% (39/42)
Estudos de populações ocidentais (WEIRD)	59,6% (25/42)
Estudos que testaram invariância de medida	31,0% (13/42)
Alfa médio geral	$\alpha = 0,83$
Estudos com subescalas com alfa < 0,70	42,9% (18/42)
Estudos que excluíram populações não estudantis	85,7% (36/42)
Estudos sem validação biométrica	95,2% (40/42)
Estudos que incluíram mecanismos de coping	7,1% (3/42)
Participantes sul-americanos na amostra total	4,8% (2/42 estudos)
Participantes brasileiros na amostra total	3,5% (N = 594)

Nota. WEIRD = Western, Educated, Industrialized, Rich, and Democratic.
Fonte: Abad (2025).

Abad (2025) conclui sua revisão com uma proposta de agenda para o desenvolvimento de instrumentos de próxima geração, articulada em dois eixos: a integração de metodologias participativas e analíticas híbridas (biomarcadores + inteligência artificial) com a teoria transacional de estresse; e a expansão da

validação para regiões severamente sub-representadas – África e Oriente Médio representam apenas 3,6% das amostras acumuladas – e para populações marginalizadas, como migrantes idosos (apenas 2,1% das amostras). Esta agenda tem implicações diretas para a produção científica brasileira no pós-pandemia.

4.5 Estresse por mobilidade transcultural, personalidade e adaptação no contexto pós-pandêmico

A pandemia de COVID-19 não constituiu apenas um evento disruptivo para as populações em mobilidade transcultural: inaugurou um período de reorganização estrutural das condições de mobilidade humana que continuará a moldar as experiências migrantes por anos. Compreender como os indivíduos navegaram – e continuam navegando – esse período exige integrar a perspectiva da psicologia transcultural à análise dos traços de personalidade como fatores moduladores do estresse por mobilidade.

Abad (2026) enfatiza que os fatores individuais identificados no modelo de Berry incluem explicitamente a personalidade – ao lado da autoestima, das competências linguísticas e dos conhecimentos prévios sobre a sociedade receptora – como moderador do processo de adaptação transcultural. A relação entre personalidade e estresse por mobilidade transcultural é bidirecional: os traços de personalidade determinam como o indivíduo avalia os estressores da mobilidade e que estratégias de coping adota; e, ao mesmo tempo, as condições crônicas de estresse por mobilidade podem exacerbar traços como o neuroticismo e a ansiedade de traço, criando ciclos de vulnerabilidade que se retroalimentam (Abad, 2026; Taylor, 2019).

Taylor (2019) estabeleceu que a emocionalidade negativa – ou neuroticismo – é o traço de personalidade mais fortemente associado ao distress em contextos pandêmicos. Indivíduos com alta emocionalidade negativa tendem a interpretar os estressores ambientais como ameaças mais graves do que de fato são,

a superestimar a probabilidade de desfechos negativos e a ter dificuldade em tolerar a incerteza – característica especialmente testada durante a pandemia, com suas múltiplas incertezas sobre transmissibilidade, tratamento e duração. Para populações em mobilidade transcultural, esses mecanismos se superpõem a estressores específicos da condição migratória, produzindo cargas de sofrimento que os instrumentos tradicionais de saúde mental raramente capturam em sua especificidade.

Por outro lado, traços como a conscienciosidade – associada à autodisciplina, à organização e ao comportamento orientado por objetivos – e a abertura à experiência – que inclui curiosidade intelectual e tolerância ao novo – podem funcionar como fatores protetores em contextos de mobilidade transcultural (Abad, 2026). A flexibilidade cognitiva e comportamental que caracteriza indivíduos com alta abertura à experiência corresponde, no plano da teoria da aculturação, ao que Berry descreve como a capacidade de code-switching – alternância de códigos culturais segundo o contexto –, competência que está na base das trajetórias de integração bem-sucedida (Abad, 2026).

O conceito de identidade dialógica, apresentado por Abad (2026) a partir de Hermans, é particularmente útil para compreender a experiência de populações em mobilidade no pós-pandemia: a ideia de que o “eu” não é uma estrutura unitária e coerente, mas um espaço de vozes múltiplas que dialogam – vozes da cultura de origem, da cultura receptora, de identidades profissionais e afetivas, de experiências traumáticas e de resiliência – captura a complexidade da subjetividade transcultural de forma muito mais adequada do que modelos que pressupõem identidades fixas.

No Brasil, os estudos de Abad et al. (2020a) e de Paiva Teixeira et al. (2021) demonstraram que estudantes e desempregados foram os grupos que apresentaram os maiores índices de distress e medo durante a pandemia – sendo que os estudantes internacionais, que reúnem simultaneamente a condição de mobilidade transcultural e as vulnerabilidades econômica e identitária da condição estudantil, enfrentaram

uma sobreposição de fatores de risco especialmente intensa. Os dados de Teixeira et al. (2020), que documentaram a amplificação do sofrimento psicológico em grupos com vulnerabilidades preexistentes, sugerem que essa sobreposição de vulnerabilidades não é aditiva, mas potencialmente sinérgica: cada fator de risco amplifica o efeito dos demais. O estudo multicêntrico do LAVINACC corrobora esse entendimento ao mostrar que as diferenças nos perfis de resposta à pandemia entre grupos com condições contextuais distintas foram substanciais e clinicamente significativas (Campos et al., 2021) – o que implica que instrumentos de triagem e intervenção devem ser necessariamente sensíveis à posição estrutural e à identidade cultural dos grupos avaliados.

A agenda de pesquisa e intervenção que emerge dessas análises é clara. No plano teórico, é necessário abandonar o conceito de estresse aculturativo em favor do estresse por mobilidade transcultural, que situa o sofrimento não apenas no indivíduo, mas nas condições estruturais que constroem suas possibilidades de agência. No plano empírico, é necessário desenvolver e validar instrumentos que integrem a avaliação de estressores, processos de avaliação cognitiva e estratégias de coping em amostras representativas da diversidade migratória brasileira. No plano das políticas públicas, é necessário reconhecer as populações em mobilidade transcultural como um grupo de especial vulnerabilidade psicossocial em contextos de emergência sanitária, e assegurar que as estratégias de resposta a pandemias incluam dispositivos de atenção em saúde mental culturalmente competentes e linguisticamente acessíveis.

Referências

- Abad, A. (2024). Explorando a identidade social: fatores e influências. *Alternativas Cubanas en Psicología*, 12(35), 15–27.
- Abad, A. (2025). Neglecting stress transactions: A systematic review of psychometric and cultural gaps in cross-cultural stress scales. *Preprints.org*. <https://doi.org/10.20944/preprints202509.1481.v1>

Abad, A. (2026). *Psicología Transcultural*. Tomo I: Fundamentos Teóricos y Metodológicos. UC Editora. ISBN: 978-65-01-93370-2

Abad, A., da Silva, J. A., Teixeira, L. E. P. de P., Antonelli-Ponti, M., Bastos, S., Mármora, C. H. C., Campos, L. A. M., Paiva, S., de Freitas, R. L., & da Silva, J. A. (2020a). Evaluation of fear and peritraumatic distress during COVID-19 pandemic in Brazil. *Advances in Infectious Diseases*, 10, 184–194. <https://doi.org/10.4236/aid.2020.103019>

Campos, L. A. M., Paiva, S. F., Cardoso, F. S., & da Silva, J. A. (Orgs.). (2021). *Reações físicas, cognitivas, psicológicas e comportamentais como indicadores de saúde à pandemia COVID-19: um retrato luso-brasileiro*. Editora CRV.

de Paiva Teixeira, L. E. P., de Freitas, R. L., Abad, A., da Silva, J. A., Antonelli-Ponti, M., Mármora, C. H. C., Campos, L. A. M., Paiva, S., Bastos, S., & da Silva, J. A. (2021). Psychological impacts of COVID-19 pandemic on the Brazilian population: Occupational analysis. *World Journal of Neuroscience*, 11, 145–160. <https://doi.org/10.4236/wjns.2021.112013>

Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Cambridge Scholars Publishing.

Teixeira, L. E. P. de P., de Freitas, R. L., Abad, A., da Silva, J. A., Antonelli-Ponti, M., Bastos, S., Mármora, C. H. C., Campos, L. A. M., Paiva, S., & da Silva, J. A. (2020). Psychological impacts related to stress and fear during the COVID-19 pandemic: Cardiovascular diseases, diabetes and psychological disorders as risk factors. *World Journal of Neuroscience*, 10, 191–205. <https://doi.org/10.4236/wjns.2020.104019>

Capítulo 5.

Integração: Personalidade, Saúde Percebida e Determinantes Sociais

5.1 A pandemia como campo de integração teórica

Ao longo dos quatro capítulos anteriores deste livro, construiu-se progressivamente um arcabouço teórico-empírico sobre a relação entre personalidade, percepção de saúde e determinantes sociais no contexto brasileiro. O Capítulo 1 estabeleceu as bases conceituais, articulando os principais modelos de personalidade – com ênfase no Modelo dos Cinco Grandes Fatores – com as teorias contemporâneas de percepção subjetiva de saúde. O Capítulo 2 situou esse debate no contexto das profundas desigualdades sociais que estruturam o Brasil, demonstrando que os determinantes sociais da saúde constituem o solo sobre o qual qualquer reação individual se inscreve. O Capítulo 3 analisou os impactos psicológicos concretos da pandemia de COVID-19 sobre a população brasileira, a partir de evidências empíricas que quantificaram o medo, o distress peritraumático e suas variações por gênero, ocupação e condição socioeconômica. O Capítulo 4, por sua vez, deslocou o olhar para as populações em mobilidade transcultural, mostrando que a pandemia agravou formas específicas de sofrimento psicológico em pessoas cujas identidades e redes de apoio já se encontravam em processo de negociação.

O presente capítulo propõe-se a integrar esses diferentes planos analíticos. Seu argumento central é que a compreensão adequada dos impactos psicológicos da pandemia sobre a saúde percebida exige a articulação simultânea de três níveis de análise: o individual (traços de personalidade), o estrutu-

ral (determinantes sociais) e o relacional-cultural (identidade e mobilidade). Nenhum desses níveis é suficiente por si só. Juntos, produzem um quadro explicativo mais robusto, com implicações diretas para a pesquisa e para as políticas públicas de saúde mental no Brasil.

A COVID-19 ofereceu, nesse sentido, um campo de integração teórica involuntário e inédito. Como antecipou Taylor (2019), a pegada psicológica de uma pandemia é, em geral, maior do que sua pegada médica: o número de pessoas psicologicamente afetadas supera amplamente o número de infectados, e os efeitos emocionais tendem a ser mais difusos, mais duradouros e, em muitos casos, mais debilitantes do que as consequências somáticas diretas da infecção. O que a pandemia de COVID-19 confirmou – e amplificou – foi que essa pegada psicológica não se distribui aleatoriamente na população. Ela segue linhas de clivagem muito precisas, determinadas por traços de personalidade individuais, por posições estruturais no campo social e por processos de identificação cultural e pertencimento.

A perspectiva biopsicossocial que orienta este livro (Abad et al., 2023) articula esses três planos de forma sistêmica. Aplicada à pandemia de COVID-19, ela conduz ao conceito de sindemia: um complexo biossocial em que a presença do vírus interage com condições de saúde preexistentes – hipertensão, diabetes, obesidade, saúde mental debilitada – que são elas próprias produtos das desigualdades sociais acumuladas (Abad et al., 2023). O conceito sindêmico é, por isso, mais do que uma metáfora clínica: ele expressa o fato de que o sofrimento individual diante da pandemia foi sempre, simultaneamente, um sofrimento social. O estudo multicêntrico luso-brasileiro do LAVINACC evidencia precisamente essa necessidade: ao documentar reações físicas, cognitivas, psicológicas e comportamentais à pandemia em múltiplos contextos culturais, o estudo confirma que as respostas à crise sanitária são inseparáveis das condições estruturais de cada grupo (Campos et al., 2021).

5.2 Personalidade como moderador dos impactos pandêmicos

A diversidade de reações psicológicas diante da ameaça pandêmica constitui, para Taylor (2019), um dos dados empíricos mais consistentes da psicologia das pandemias. Ao longo de inúmeras epidemias e pandemias documentadas, desde a gripe espanhola de 1918 até o surto de SARS em 2003, as respostas humanas variaram de forma sistemática e previsível: alguns indivíduos reagiram com indiferença ou negação, enquanto outros desenvolveram medo intenso, ansiedade severa e comportamentos de evitação que comprometeram gravemente seu funcionamento cotidiano. A chave para compreender essa variabilidade reside, em parte considerável, nos traços estáveis de personalidade.

O traço mais consistentemente associado à vulnerabilidade emocional diante de pandemias é a emocionalidade negativa, também designada neuroticismo, definida por Taylor (2019) como “a tendência geral a se angustiar facilmente diante de estímulos aversivos” (p. 40). Em contextos pandêmicos, esse traço opera como um amplificador: o mesmo estímulo é avaliado como substancialmente mais ameaçador por um indivíduo com alto neuroticismo do que por alguém com baixos escores nessa dimensão. Estudos conduzidos durante o surto de SARS demonstraram que a emocionalidade negativa prediz o nível de distress experienciado por profissionais de saúde em contato com pacientes suspeitos; resultados similares foram obtidos em estudos sobre a gripe aviária (Taylor, 2019).

No contexto brasileiro, as evidências coletadas durante a pandemia de COVID-19 são consistentes com esse quadro teórico. Abad et al. (2020a) validaram para o Brasil as escalas de medo do COVID-19 (FCV-19S) e de distress peritraumático (CPDI) em uma amostra de 1.844 participantes. Os dados revelaram que as mulheres apresentaram médias significativamente mais elevadas do que os homens tanto na FCV-19S (18,9 vs. 14,5) quanto no CPDI (41,1 vs. 33,2) – diferença que pode ser lida à luz da dis-

tribuição diferencial de traços como neuroticismo (Taylor, 2019). Ademais, 23,8% da amostra apresentou distress severo e 13,2% medo severo, com correlação significativa entre os dois construtos ($r = 0,660$), sugerindo que medo e distress constituem respostas complementares e mutuamente amplificadoras (Abad et al., 2020a).

Um segundo traço de relevância é a intolerância à incerteza – a necessidade intensa de previsibilidade e a tendência a paralisar diante de situações ambíguas ou não resolvidas. Taylor (2019) argumenta que as pandemias são, por natureza, eventos saturados de incerteza. Para pessoas com alta intolerância à incerteza, esse contexto é especialmente desgastante. No caso da COVID-19, a situação foi agravada pela velocidade com que as informações científicas se transformavam e pela disseminação de notícias contraditórias – um padrão que, como Abad e Abad (2020) documentaram no contexto brasileiro, produziu efeitos mensuráveis sobre a saúde mental da população.

Em sentido oposto, a conscienciosidade constitui um traço que atua como fator de proteção em contextos pandêmicos: pessoas com alta conscienciosidade facilitam a adesão às medidas preventivas, tornando-as mais eficazes como barreiras individuais à transmissão (Taylor, 2019). A abertura à experiência, por sua vez, pode favorecer estratégias de enfrentamento adaptativas como a busca ativa de informação confiável e a capacidade de reformular a situação em termos de oportunidades de crescimento pessoal.

É fundamental sublinhar, entretanto, que os traços de personalidade não atuam em isolamento. Eles modulam a percepção de saúde e as respostas emocionais à pandemia em interação permanente com as condições objetivas de vida das pessoas. Um indivíduo com alto neuroticismo e acesso a suporte social robusto e segurança econômica pode lidar com a pandemia de forma muito diferente de outro indivíduo com o mesmo perfil de personalidade, mas exposto à insegurança laboral e ao isolamento. Essa interação é o coração do modelo integrado que este capítulo propõe.

5.3 Determinantes sociais como contexto estrutural da saúde percebida

Os determinantes sociais da saúde – renda, educação, raça, gênero, habitação, acesso a serviços – não são meros fatores de risco adicionais que se somam à equação individual. Eles constituem o contexto estrutural no qual a personalidade se desenvolve, as estratégias de enfrentamento são aprendidas e a saúde percebida é construída. No Brasil, esse contexto é marcado por inequidades profundas e historicamente enraizadas, que a pandemia de COVID-19 não criou, mas expôs com uma clareza brutal.

As evidências dos capítulos anteriores demonstram que a pandemia foi, no Brasil, um evento profundamente desigual. Teixeira et al. (2020) indicaram que os grupos com maior comprometimento cardiovascular prévio apresentavam os maiores escores de distress peritraumático – um achado coerente com a hipótese de que as comorbidades amplificam a vulnerabilidade psicológica à ameaça de infecção. De forma análoga, de Paiva Teixeira et al. (2021) demonstraram que estudantes e trabalhadores desempregados mostraram-se mais vulneráveis que outros grupos ocupacionais. Esses achados convergem com os dados do LAVINACC, que ao registrar variações significativas nas respostas à pandemia entre grupos de diferentes condições estruturais no Brasil e em Portugal, reafirma que a vulnerabilidade psicológica é socialmente estruturada (Campos et al., 2021).

A perspectiva sindêmica desenvolvida por Abad et al. (2023) é particularmente útil nesse ponto. A copresença do vírus com as doenças crônicas – que afetam desproporcionalmente as populações mais pobres, negras e periféricas do Brasil – produziu um padrão de morbimortalidade que reproduz as hierarquias sociais existentes (Abad et al., 2023). Esse padrão se reflete também nos dados de saúde percebida: pessoas em situação de maior vulnerabilidade socioeconômica tendem a avaliar sua saúde de forma mais negativa, independentemente de seus indicadores clínicos objetivos.

Do ponto de vista psicológico, a relação entre determinantes sociais e percepção de saúde opera por múltiplos mecanismos. O primeiro é direto: condições de vida precárias produzem doenças reais, que por sua vez deterioram a percepção subjetiva de saúde. O segundo é mediado pelo estresse crônico: a exposição prolongada a adversidades sociais eleva os níveis basais de cortisol, suprime o sistema imunológico e alimenta estados afetivos negativos (Taylor, 2019). O terceiro é o da identidade social e do reconhecimento: grupos estigmatizados tendem a internalizar avaliações negativas de si mesmos, com consequências diretas sobre autoestima, prevalência de depressão e ansiedade, e percepção de saúde (Abad, 2024; Taylor, 2019).

É possível, portanto, propor uma relação estruturante entre determinantes sociais e traços de personalidade que vai além da mera correlação estatística. O neuroticismo de um indivíduo criado em contexto de pobreza, violência e incerteza econômica não é o mesmo fenômeno psicológico que o neuroticismo de alguém criado em ambiente estável e seguro, embora ambos possam receber escores similares em um instrumento psicométrico padronizado. Essa constatação tem implicações metodológicas importantes para a pesquisa em psicologia da saúde no Brasil.

5.4 O elo transcultural: identidade, mobilidade e percepção de saúde

Os capítulos anteriores analisaram, separadamente, os impactos psicológicos gerais da pandemia sobre a população brasileira e as formas específicas de sofrimento vivenciadas por pessoas em situação de mobilidade transcultural. Este capítulo integra esses dois planos, argumentando que a dimensão transcultural constitui um revelador privilegiado das dinâmicas que afetam, em graus variados, toda a população.

O estresse por mobilidade transcultural, conforme conceituado por Abad (2026) a partir de uma crítica ao modelo clássico de estresse aculturativo, é um fenômeno processual, não-

-linear e qualitativamente diferenciado conforme o contexto da mobilidade. Para as populações que se deslocaram ao Brasil em busca de trabalho, estudo ou refúgio, a pandemia representou uma ruptura das já frágeis redes de apoio. A impossibilidade de retorno às comunidades de origem, a paralisação de rotas de mobilidade e o aumento exponencial de incertezas econômicas e legais criaram condições para o que Abad (2026) denomina luto migratório composto: a sobreposição de múltiplas perdas com o trauma adicional da ameaça viral e da exclusão social.

Esse luto composto é particularmente relevante para a compreensão da saúde percebida em populações móveis. Para um indivíduo em mobilidade forçada, cuja identidade social foi fragmentada e cujos recursos de coping foram mobilizados ao limite, a avaliação subjetiva de saúde tende a ser sistematicamente mais negativa, independentemente de seus indicadores clínicos objetivos (Abad, 2025; Abad, 2026). A pandemia amplificou essa dissociação entre saúde objetiva e saúde percebida: o medo de buscar serviços de saúde por receio de discriminação ou de problemas legais levou muitas pessoas vulneráveis a evitar a atenção médica, agravando sua condição real enquanto mantinham uma aparência de normalidade.

A Teoria da Identidade Social (Abad, 2024) ilumina um aspecto crucial do comportamento coletivo durante a pandemia: a tendência de grupos ameaçados a reforçar fronteiras identitárias e a aumentar o favoritismo pelo endogrupo e a discriminação do exogrupo. Taylor (2019) documenta que pandemias históricas foram invariavelmente acompanhadas por ondas de xenofobia e discriminação. No Brasil, esse processo tomou formas específicas relacionadas às hierarquias de raça, classe e origem regional – cujos efeitos foram documentados tanto nos estudos de Abad et al. (2020a) quanto no estudo multicêntrico do LAVINACC (Campos et al., 2021).

O sistema imunológico comportamental, analisado por Taylor (2019), oferece uma explicação evolucionista para esses fenômenos: os mecanismos psicológicos que promovem a

evitação de possíveis portadores de doenças produzem, em sociedades contemporâneas complexas, formas sistêmicas de discriminação que penalizam populações já vulnerabilizadas – imigrantes, pessoas em situação de rua, comunidades negras e indígenas – sem qualquer fundamento epidemiológico. A intersecção entre o sistema imunológico comportamental e as estruturas de desigualdade racial e social do Brasil constitui, portanto, um vetor amplificador de vulnerabilidade psicológica que transcende os casos individuais de mobilidade transcultural e atinge toda a população afetada pela lógica de suspeição e estigmatização.

A estratégia de humildade cultural, proposta por Abad (2026) no contexto das populações em mobilidade, tem, por isso, validade mais ampla: qualquer intervenção psicológica em saúde que não incorpore o reconhecimento crítico das assimetrias de poder e das histórias de marginalização corre o risco de reproduzir as mesmas desigualdades que se propõe a mitigar.

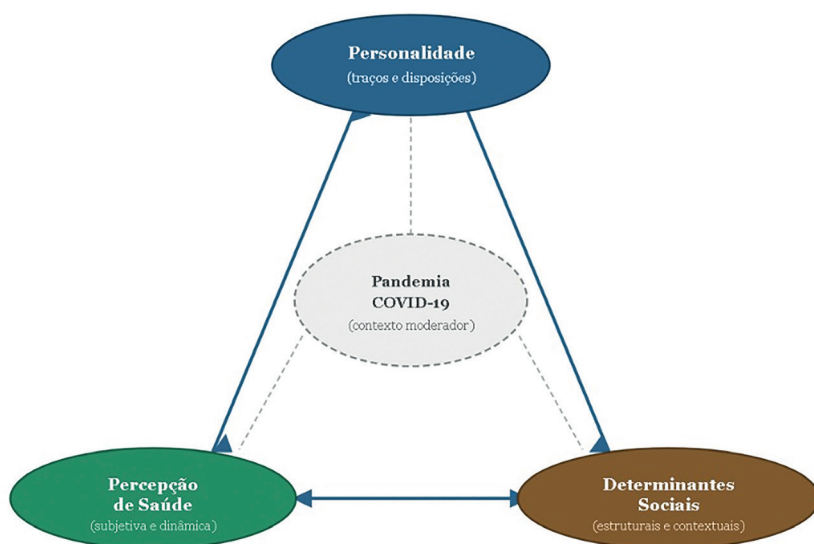
5.5 Modelo integrado e implicações para pesquisa e prática

A análise desenvolvida ao longo deste capítulo permite propor um modelo heurístico que sintetiza as relações entre os três eixos analíticos da obra – personalidade, saúde percebida e determinantes sociais – com a pandemia como contexto moderador. O modelo pode ser representado como uma estrutura triangular dinâmica, em que cada vértice corresponde a um dos três eixos. Conforme ilustrado na Figura 5.1, nenhum dos três componentes opera de forma isolada: os traços de personalidade moldam como o indivíduo percebe sua saúde; a percepção de saúde é simultaneamente condicionada pelos determinantes sociais; e estes, por sua vez, interagem com as disposições individuais de maneiras que a pandemia tornou particularmente visíveis. O contexto pandêmico funciona como um moderador ativo que amplifica ou atenua cada uma dessas relações (Taylor, 2019).

[Figura 5.1: Modelo integrativo triangular – personalidade, percepção de saúde e determinantes sociais em relação de influência mútua e bidirecional, moderada pelo contexto da pandemia de COVID-19.]

Figura 5.1

Modelo integrativo triangular: Personalidade, Percepção de Saúde e Determinantes Sociais no contexto da pandemia de COVID-19



Vértice 1 – Personalidade:

Traços estáveis que modulam a forma como o indivíduo avalia ameaças, processa informações sobre saúde, recorre a estratégias de enfrentamento e expressa ou suprime emoções. O neuroticismo, a intolerância à incerteza e a vulnerabilidade percebida à doença constituem os traços de maior relevo em contextos pandêmicos (Taylor, 2019). A conscienciosidade e a abertura à experiência funcionam como fatores protetores.

Vértice 2 – Percepção de Saúde:

Avaliação subjetiva, dinâmica e multidimensional do próprio estado de saúde, que integra sensações somáticas, crenças sobre doença, estados emocionais e comparações sociais. A percepção de saúde não é um reflexo passivo da saúde objetiva,

mas uma construção ativa que sofre influência tanto dos traços individuais quanto do contexto social (Abad et al., 2023). Em contextos pandêmicos, ela é particularmente suscetível à distorção – amplificada por traços como o neuroticismo e a ansiedade de saúde, e suprimida por traços como o otimismo irrealista e a evitação cognitiva (Taylor, 2019; Abad et al., 2020a).

Vértice 3 – Determinantes Sociais:

Condições estruturais que definem o contexto no qual personalidade e saúde percebida se desenvolvem e operam. Renda, raça, gênero, acesso a serviços, habitação e vínculo empregatício determinam o grau de exposição ao risco, as possibilidades de proteção e os recursos disponíveis para enfrentar crises de saúde. No Brasil, as desigualdades socioeconômicas e raciais funcionam como amplificadores estruturais que exacerbam os efeitos dos traços de vulnerabilidade individuais e deterioram sistematicamente a percepção de saúde de grupos marginalizados (Abad et al., 2023; Campos et al., 2021).

A pandemia de COVID-19, nesse modelo, funciona como um amplificador de todas as interações: intensificou a saliência dos traços de vulnerabilidade, deteriorou a percepção de saúde de forma generalizada, e escancarou as desigualdades estruturais que, em tempos ordinários, poderiam permanecer menos visíveis. A expressão de Taylor (2019) de que a pegada psicológica da pandemia excede sua pegada médica ganha, nessa perspectiva, um significado adicional: o custo psicológico foi desproporcionalmente suportado pelos grupos que já carregavam o maior fardo das desigualdades sociais.

Implicações para a pesquisa

Do ponto de vista metodológico, o modelo integrado sugere a necessidade de estudos longitudinais que mensurem, simultaneamente e de forma sistemática, os três eixos analíticos em amostras representativas da diversidade da população brasileira. A escassez de estudos psicométricos com amostras do

Sul Global – lacuna crítica identificada na revisão sistemática de Abad (2025), que analisou 42 instrumentos e encontrou que apenas 3,5% das amostras eram brasileiras – constitui um obstáculo significativo ao avanço do conhecimento nessa área.

Além disso, a pesquisa precisa incorporar análises de invariância para verificar se os instrumentos de personalidade e saúde percebida medem os mesmos construtos de forma equivalente em grupos sociodemográficos distintos (Abad, 2025). O projeto LAVINACC exemplifica uma abordagem metodológica promissora ao verificar empiricamente, em amostras brasileiras e portuguesas, a comparabilidade das respostas psicológicas à pandemia entre contextos culturalmente distintos (Campos et al., 2021).

Do ponto de vista substantivo, a pesquisa futura deve avançar na compreensão dos mecanismos de mediação e moderação entre os três eixos do modelo. A revisão de Abad (2025) demonstrou que 92,9% dos instrumentos de avaliação do estresse transcultural omitem completamente as dimensões de avaliação cognitiva e enfrentamento – uma lacuna que deve ser urgentemente corrigida em estudos futuros realizados no Brasil.

Implicações para a prática clínica e para a saúde pública

Taylor (2019) propõe uma abordagem de triagem e tratamento como resposta ao componente de distress pandêmico: instrumentos de rastreamento brevemente administrados permitem identificar as pessoas em maior risco de desenvolver perturbações emocionais clinicamente significativas, que podem então ser referenciadas para intervenções baseadas em evidências, como a Terapia Cognitivo-Comportamental. No contexto brasileiro, essa abordagem é promissora, mas insuficiente se não for articulada com ações de redução das desigualdades estruturais que amplificam a vulnerabilidade.

O argumento central, nesse ponto, é que a saúde mental não pode ser tratada como um apêndice das políticas sociais. Como demonstrou Abad (2026) no contexto das populações em

mobilidade transcultural, a saúde mental é um pré-requisito ativo para a integração social e para o aproveitamento de outras formas de suporte. Para os profissionais de psicologia e saúde mental, o modelo integrado proposto neste capítulo sugere a necessidade de uma avaliação ecológica e interseccional: compreender o perfil de personalidade do paciente sem considerar as condições sociais que modulam sua expressão é tão insatisfatório quanto descrever as condições sociais de alguém sem atentar para os recursos psicológicos individuais que afetam sua capacidade de agência.

Para as políticas públicas, finalmente, o modelo aponta para a necessidade de integração entre as políticas de proteção social e as políticas de saúde mental. A redução das vulnerabilidades socioeconômicas não é apenas uma pauta de equidade social; é também uma intervenção preventiva em saúde mental de amplo alcance. Inversamente, a promoção da saúde mental – por meio da expansão da rede de atenção psicossocial e da formação de profissionais culturalmente sensíveis – é uma condição para que as políticas sociais produzam os efeitos esperados sobre o bem-estar subjetivo da população.

Referências

- Abad, A. (2024). Explorando a identidade social: fatores e influências. *Alternativas Cubanas en Psicología*, 12(35), 15–27.
- Abad, A. (2025). Neglecting stress transactions: A systematic review of psychometric and cultural gaps in cross-cultural stress scales. *Preprints.org*. <https://doi.org/10.20944/preprints202509.1481.v1>
- Abad, A. (2026). *Psicología Transcultural. Tomo I: Fundamentos Teóricos y Metodológicos*. UC Editora. ISBN: 978-65-01-93370-2
- Abad, A., da Silva, J. A., Teixeira, L. E. P. de P., Antonelli-Ponti, M., Bastos, S., Mârmora, C. H. C., Campos, L. A. M., Paiva, S., de Freitas, R. L., & da Silva, J. A. (2020a). Evaluation of fear and peritraumatic distress during COVID-19 pandemic in Brazil. *Advances in Infectious Diseases*, 10, 184–194. <https://doi.org/10.4236/aid.2020.103019>
- Abad, A., & Abad, T. M. (2020). COVID-19: O fator psicológico. *Integración Académica en Psicología*, 8(23), 4–10.

Abad, A., Campos, L. A. M., Paiva, S. F., & Silva, K. D. O. (2023). *Saúde e COVID-19 no Brasil: Um novo olhar interdisciplinar sobre a pandemia*. Letra Capital.

Campos, L. A. M., Paiva, S. F., Cardoso, F. S., & da Silva, J. A. (Orgs.). (2021). *Reações físicas, cognitivas, psicológicas e comportamentais como indicadores de saúde à pandemia COVID-19: um retrato luso-brasileiro*. Editora CRV.

de Paiva Teixeira, L. E. P., de Freitas, R. L., Abad, A., da Silva, J. A., Antonelli-Ponti, M., Mármora, C. H. C., Campos, L. A. M., Paiva, S., Bastos, S., & da Silva, J. A. (2021). Psychological impacts of COVID-19 pandemic on the Brazilian population: Occupational analysis. *World Journal of Neuroscience*, 11, 145–160. <https://doi.org/10.4236/wjns.2021.112013>

Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Cambridge Scholars Publishing.

Teixeira, L. E. P. de P., de Freitas, R. L., Abad, A., da Silva, J. A., Antonelli-Ponti, M., Bastos, S., Mármora, C. H. C., Campos, L. A. M., Paiva, S., & da Silva, J. A. (2020). Psychological impacts related to stress and fear during the COVID-19 pandemic: Cardiovascular diseases, diabetes and psychological disorders as risk factors. *World Journal of Neuroscience*, 10, 191–205. <https://doi.org/10.4236/wjns.2020.104019>

Conclusão e Perspectivas Futuras

O que a Pandemia Revelou

Há um tipo de conhecimento que só se torna possível em situações de ruptura. Antes de março de 2020, a relação entre personalidade, percepção de saúde e determinantes sociais era um tema de interesse acadêmico reconhecido, mas disperso em literaturas que raramente dialogavam entre si. A psicologia clínica estudava os traços de personalidade; a saúde coletiva mapeava os determinantes sociais; a psicologia transcultural analisava o estresse na mobilidade. Cada campo tinha seus métodos, seus periódicos, seus conceitos centrais.

A pandemia de COVID-19 destruiu esses compartimentos. Em questão de semanas, tornou-se impossível compreender por que uma pessoa adoecia psicologicamente sem perguntar simultaneamente quem ela era como sujeito psicológico, em que condições materiais vivia e a qual comunidade pertencia. O vírus era o mesmo para todos; as respostas, radicalmente diferentes. Essa diferença não era ruído estatístico a ser controlado – era o dado central a ser explicado.

Este livro foi escrito a partir dessa convicção. Ao longo de cinco capítulos, construiu-se progressivamente um argumento que pode ser agora enunciado em sua forma mais direta: a saúde percebida em contextos de crise é o produto emergente de uma interação dinâmica entre traços de personalidade, condições estruturais e processos de avaliação subjetiva – e nenhuma dessas dimensões pode ser compreendida adequadamente sem as outras duas. A pandemia não criou essa tríade; ela a iluminou com uma intensidade que a pesquisa pré-pandêmica dificilmente teria produzido.

O que os cinco capítulos juntos demonstram é exatamente aquilo que nenhum demonstraria isoladamente: que a psico-

logia individual não flutua livre das estruturas sociais; que as estruturas sociais não produzem efeitos independentemente de como são percebidas e significadas pelos sujeitos; e que essa significação é, ela própria, moldada por traços de personalidade que conferem ao indivíduo uma sensibilidade específica às ameaças, às incertezas e às demandas do ambiente. A pandemia foi, nesse sentido, um amplificador – não uma causa primeira, mas uma condição que tornou visíveis dinâmicas que já estavam em operação.

O que aprendemos sobre Personalidade em Contextos de Crise

A contribuição mais consolidada da literatura revisada neste livro diz respeito ao papel dos traços de personalidade como moderadores das respostas psicológicas a pandemias. Taylor (2019) havia estabelecido, antes mesmo da COVID-19, que a emocionalidade negativa – ou neuroticismo – é o traço mais consistentemente associado à vulnerabilidade emocional em contextos de ameaça coletiva. Os dados brasileiros confirmaram essa proposição: os participantes com indicadores de transtorno psicológico preexistente apresentaram os níveis mais elevados de distress peritraumático e medo durante a pandemia (Abad et al., 2020).

O que aprendemos de novo – ou de forma mais nítida – é a especificidade das vias por meio das quais cada traço opera. A intolerância à incerteza, por exemplo, não se manifesta apenas como ansiedade generalizada: ela produz uma busca compulsiva por informação que, em um ambiente informacional saturado de dados contraditórios, retroalimenta a ansiedade em vez de reduzi-la. O monitoramento cognitivo – a tendência a escanear ativamente o ambiente em busca de sinais de ameaça – tem o mesmo efeito paradoxal: aumenta a percepção de risco sem necessariamente aumentar a capacidade de enfrentamento (Taylor, 2019). Em um contexto de pandemia real e grave, esses mecanismos adquiriram uma literalidade que os dados pré-pandêmicos apenas insinuavam.

A conscienciosidade, por outro lado, revelou-se um fator de proteção de dupla natureza: ela favorece tanto a adesão aos protocolos de saúde pública – isolamento, uso de máscara, vacinação – quanto a manutenção de rotinas e da sensação de controle em situações de incerteza. O otimismo irrealista, conceito central em Taylor (2019), complexifica esse quadro: a tendência a subestimar o próprio risco de adoecimento pode funcionar como proteção psicológica no curto prazo, mas compromete a adesão às medidas preventivas e aumenta o risco objetivo de contágio.

O que permanece em aberto, e que a agenda de pesquisa brasileira precisa endereçar, é a questão da mudança dos traços ao longo do tempo. Os dados disponíveis são majoritariamente transversais – coletados em um único momento –, o que impede saber se a pandemia modificou os perfis de personalidade da população, se exacerbou traços preexistentes ou se produziu configurações novas. Estudos longitudinais com instrumentos validados para a população brasileira são, nesse sentido, uma prioridade científica.

O que aprendemos sobre o Brasil

O Brasil demonstrou, durante a pandemia, que as desigualdades estruturais não são um problema paralelo ao da saúde mental – elas são uma de suas causas mais potentes. A análise apresentada no Capítulo 2 mostrou que renda, raça, gênero e território definiram trajetórias de adoecimento muito antes de qualquer fator psicológico individual entrar em cena. Quem morava em favela não conseguia cumprir o isolamento social mesmo que quisesse. Quem trabalhava na economia informal não conseguia ficar em casa sem perder o sustento. Quem era negro e pobre tinha menos acesso à testagem, ao tratamento e à informação de qualidade.

Nesse contexto, a distinção clássica entre “fatores individuais” e “fatores sociais” de saúde mental revela-se não apenas analiticamente insuficiente, mas politicamente problemática. Ela pode ser usada – e frequentemente foi – para responsabilizar os

indivíduos por respostas psicológicas que eram, em larga medida, determinadas por condições que eles não controlavam. A perspectiva sindêmica, conforme desenvolvida por Campos et al. (2023), oferece um antídoto teórico a essa armadilha: ao compreender a COVID-19 como uma crise que se articulou com doenças crônicas preexistentes e com estruturas de desigualdade, ela situa os impactos psicológicos no interior de uma causalidade complexa que não pode ser reduzida nem ao vírus nem ao sujeito.

O que os dados empíricos brasileiros acrescentam ao conhecimento global é, precisamente, esse grau de especificidade contextual. Os índices de medo e distress documentados por Abad et al. (2020) não são apenas números; eles têm uma localização social. Os 27,2% de mulheres com distress peritraumático grave – frente a 10,0% dos homens – não refletem apenas diferenças de traços de personalidade por gênero: refletem também a sobrecarga desproporcional imposta às mulheres pelo cuidado doméstico e familiar durante o isolamento, a maior precariedade de seus vínculos trabalhistas e a persistência de formas de violência doméstica intensificadas pelo confinamento.

Onde ainda há lacunas é, sobretudo, na produção de evidências longitudinais e na inclusão de populações historicamente sub-representadas na pesquisa brasileira em saúde mental: populações indígenas, quilombolas, populações em situação de rua, migrantes internos. O pós-pandemia não pode reproduzir os vieses que a pandemia tornou visíveis.

O que aprendemos sobre Mobilidade e Identidade

O Capítulo 4 abriu uma janela sobre um grupo que a narrativa dominante sobre a pandemia tendeu a invisibilizar: as pessoas em mobilidade transcultural. Para migrantes, refugiados, estudantes internacionais e trabalhadores deslocados, a pandemia não foi apenas uma crise sanitária – foi a sobreposição abrupta de múltiplas rupturas: o fechamento das fronteiras que impedia o retorno; a intensificação da xenofobia que transformava a origem nacional em marcador de risco; a dissolução dos laços comunitá-

rios que sustentavam a adaptação; e o agravamento de um luto migratório que já era difícil de nomear e de tratar.

A revisão sistemática de Abad (2025) documentou, com precisão metodológica, o estado do campo científico responsável por medir esse sofrimento: de 42 instrumentos analisados, 83,3% restringiam-se ao estresse aculturativo clássico, 92,9% omitiam completamente os processos de avaliação cognitiva e coping (enfrentamento), e apenas 4,8% dos estudos provinham da América do Sul – com participantes brasileiros representando 3,5% das amostras globais. Esses números não são apenas uma crítica ao campo; são um diagnóstico de negligência científica com consequências práticas diretas: sem instrumentos válidos, não há avaliação clínica adequada; sem avaliação, não há intervenção eficaz.

A contribuição teórica de Abad (2026) avança para além do diagnóstico. Ao propor o estresse por mobilidade transcultural como construto mais abrangente que o estresse aculturativo, e ao articulá-lo com o modelo transacional de Lazarus e Folkman – recuperando a centralidade da avaliação cognitiva e das estratégias de coping –, essa obra oferece um novo quadro de referência que é simultaneamente mais fiel à complexidade do fenômeno e mais operacionalizável para a pesquisa empírica. O conceito de humildade cultural, nesse contexto, deixa de ser uma virtude ética abstrata e torna-se uma competência técnica mensurável – e ensinável.

O Modelo Triangular: Contribuições e Limites

O modelo integrativo triangular proposto no Capítulo 5 – personalidade, percepção de saúde e determinantes sociais como três vértices em relação bidirecional, moderados pelo contexto pandêmico – tem a ambição legítima de toda boa teoria: organizar o que já se sabe, identificar o que ainda não se sabe e guiar a investigação futura.

O que o modelo explica bem é a natureza não linear das relações entre seus componentes. Ele resiste à tentação de hierarquizar causas – de dizer que a personalidade é mais ou menos importante que os determinantes sociais – e insiste na interdependência: cada vértice influencia e é influenciado pelos outros dois, e a pandemia não é uma variável somada ao sistema, mas um modificador que altera as relações entre as partes. Isso é teoricamente coerente com as evidências disponíveis e metodologicamente produtivo, pois sugere que intervenções eficazes precisam ser simultâneas em mais de uma dimensão.

Onde o modelo simplifica – e é importante dizer isso com clareza – é na representação estática de fenômenos que são fundamentalmente dinâmicos. Os traços de personalidade têm estabilidade relativa, mas mudam ao longo da vida, especialmente após eventos traumáticos. A percepção de saúde flutua ao longo do tempo e em resposta a informações, experiências e contextos relacionais. Os determinantes sociais operam em escalas temporais muito diferentes – alguns, como a renda, podem mudar relativamente rápido; outros, como a segregação racial, têm uma inércia histórica que nenhuma pandemia cria nem desfaz.

O desenvolvimento futuro do modelo requer, portanto, uma dimensão temporal explícita: o que acontece a cada vértice ao longo do tempo, e como as relações entre eles evoluem na transição da pandemia para o pós-pandemia? Essa pergunta só pode ser respondida com estudos longitudinais que mensurem as três dimensões em múltiplos momentos – e que incluam, na amostra, a diversidade social do Brasil.

Agenda de Pesquisa para o Brasil Pós-Pandemia

Das análises desenvolvidas ao longo deste livro emergem direções concretas para a pesquisa brasileira nas próximas décadas.

A primeira prioridade é a produção de estudos longitudinais. Quase toda a base empírica disponível sobre os impactos psicológicos da pandemia no Brasil é transversal. Isso significa que sabemos como as pessoas estavam em um momento –

mas não como chegaram até esse ponto, nem para onde foram depois. Estudos que acompanhem as mesmas coortes ao longo do tempo, mensurando personalidade, percepção de saúde e condições sociais em múltiplos momentos, são indispensáveis para testar o modelo triangular e compreender as trajetórias de resiliência e vulnerabilidade.

A segunda prioridade é o desenvolvimento e a validação de instrumentos culturalmente adequados para a população brasileira. A revisão de Abad (2025) demonstrou que os instrumentos existentes para mensurar o estresse em contextos de mobilidade transcultural têm validade questionável para populações sul-americanas. O Brasil, com sua diversidade cultural interna e com seus fluxos migratórios crescentes – especialmente de venezuelanos, haitianos e angolanos –, precisa de instrumentos que capturem as especificidades de seu contexto. Isso inclui não apenas a adaptação linguística, mas a verificação rigorosa de invariância de medida entre grupos culturais distintos.

A terceira prioridade é a pesquisa sobre populações sub-representadas. Indígenas, quilombolas, população em situação de rua, pessoas com deficiência, populações carcerárias – todos esses grupos foram desproporcionalmente afetados pela pandemia e estão sistematicamente ausentes das amostras da pesquisa psicológica brasileira. Uma agenda científica comprometida com a equidade não pode continuar produzindo conhecimento a partir de amostras que representam, no melhor dos casos, uma fração privilegiada da população.

A quarta prioridade é a integração entre perspectivas psicológicas e estruturais nas pesquisas de saúde mental coletiva. Os campos da psicologia clínica e da saúde coletiva têm operado com maior separação do que o problema exige. A pandemia demonstrou que não é possível reduzir o sofrimento mental sem endereçar as condições materiais que o produzem – e que não é possível transformar estruturas sociais sem levar a sério os processos psicológicos que as sustentam e que são sustentados por elas. Interfaces entre esses campos – teóricas, metodológicas e institucionais – são uma condição para o avanço.

Implicações para Políticas Públicas

A distância entre a evidência científica e a ação política raramente foi tão visível quanto durante a pandemia de COVID-19. Enquanto pesquisadores documentavam os impactos psicológicos sobre populações vulneráveis, decisões governamentais ignoravam ou contradiziam sistematicamente essas evidências. O resultado foi uma crise de saúde mental que se somou à crise sanitária – e que, diferentemente da pandemia viral, não tem vacina nem prazo de encerramento.

O que este livro sugere para as políticas públicas pode ser enunciado em três proposições.

A primeira é que a saúde mental deve ser tratada como componente estrutural das políticas de saúde, e não como apêndice clínico acionado quando o sofrimento já se tornou patológico. Taylor (2019) propôs uma abordagem de triagem e tratamento precoce aplicada a pandemias; o modelo integrativo desenvolvido neste livro sugere que essa abordagem deve ser permanente, inserida nas redes de atenção básica e nos equipamentos da política social. Identificar traços de vulnerabilidade psicológica antes das crises – e fortalecer fatores protetores nas comunidades – é muito menos custoso do que tratar o distress grave depois.

A segunda proposição é que políticas de saúde que ignoram os determinantes sociais não são apenas insuficientes – são contraproducentes. Recomendar isolamento social a quem vive em habitações precárias sem oferecer suporte econômico e social não é uma política de saúde: é uma transferência de responsabilidade que intensifica a culpa e o sofrimento sem reduzir o risco. As políticas de saúde mental pós-pandemia precisam ser, ao mesmo tempo, políticas de renda, habitação, educação e trabalho.

A terceira proposição diz respeito especificamente às populações em mobilidade. Os dados apresentados no Capítulo 4 indicam que o Brasil recebe fluxos migratórios crescentes sem dispor de políticas adequadas de atenção à saúde mental de

migrantes e refugiados. A formação de profissionais em competências transculturais – e, preferencialmente, em humildade cultural, conforme proposto por Abad (2026) – é uma necessidade urgente que o sistema de saúde ainda não endereçou de forma sistemática.

Palavras Finais

Taylor (2019, p. 110) encerrou seu livro, escrito antes da pandemia que o tornaria mundialmente relevante, com uma constatação sóbria: a próxima pandemia é uma questão de quando, não de se. Ela virá – com um patógeno diferente, em um contexto diferente, com uma geração diferente de pesquisadores e de políticos. A pergunta que este livro deixa aberta é se estaremos melhor preparados para compreendê-la psicologicamente, para proteger os mais vulneráveis e para transformar o sofrimento coletivo em conhecimento útil.

A COVID-19 foi brutal. Mas foi também, como todos os grandes eventos de ruptura, uma oportunidade – involuntária e cara – de aprender sobre nós mesmos: sobre o que nos fragiliza, sobre o que nos sustenta, sobre como a mente humana responde quando o mundo conhecido desaparece temporariamente. Este livro é uma tentativa de honrar esse aprendizado com o rigor que ele merece.

As respostas que ele oferece são parciais – como deve ser todo conhecimento científico honesto. As perguntas que ele deixa abertas são, talvez, sua contribuição mais duradoura. A ciência avança não pelos pontos em que concordamos, mas pelos pontos em que a evidência nos obriga a ir mais fundo. A pandemia mostrou onde esse mais fundo se encontra. Cabe à geração de pesquisadores que vem depois percorrê-lo com método, com ética e com a memória do que custou chegar até aqui.

Referências

Abad, A. (2024). Explorando a identidade social: fatores e influências. *Alternativas Cubanas en Psicología*, 12(35), 15–27.

Abad, A. (2025). Neglecting stress transactions: A systematic review of psychometric and cultural gaps in cross-cultural stress scales. *Preprints.org*. <https://doi.org/10.20944/preprints202509.1481.v1>

Abad, A. (2026a). Para além do estresse aculturativo: uma abordagem crítica e ecológica da saúde mental na mobilidade transcultural. In L. A. M. Campos, A. Abad, A. L. M. Teixeira, J. A. Silva, F. S. Cardoso, M. S. Torres, & C. H. L. Alves (Orgs.), *Personalidade e saúde no pós-pandemia: percepções, desigualdades sociais e impactos psicossociais*. Editora CRV. <https://doi.org/10.24824/978652519196.6>

Abad, A. (2026b). *Psicología Transcultural. Tomo I: Fundamentos Teóricos y Metodológicos*. UC Editora. ISBN 978-65-01-93370-2

Abad, A., & Abad, T. M. (2020). COVID-19: O fator psicológico. *Integración Académica en Psicología*, 8(23), 4–10.

Abad, A., & Braga, T. M. A. (2020). Back to school after COVID-19 lockdown in Brazil. *Preprints.org*. <https://doi.org/10.20944/preprints202007.0087.v2>

Abad, A., da Silva, J. A., das Neves Braga, J. V. Z., Medeiros, P., de Freitas, R. L., Coimbra, N. C., & da Silva, J. A. (2020). Preparing for the COVID-19 mental health crisis in Latin America: Using early evidence from countries that experienced COVID-19 first. *Advances in Infectious Diseases*, 10, 40–44. <https://doi.org/10.4236/aid.2020.103005>

Abad, A., da Silva, J. A., Teixeira, L. E. P. de P., Antonelli-Ponti, M., Bastos, S., Mármora, C. H. C., Campos, L. A. M., Paiva, S., de Freitas, R. L., & da Silva, J. A. (2020). Evaluation of fear and peritraumatic distress during COVID-19 pandemic in Brazil. *Advances in Infectious Diseases*, 10, 184–194. <https://doi.org/10.4236/aid.2020.103019>

Campos, L. A. M., Abad, A., Teixeira, A. L. M., Silva, J. A., Cardoso, F. S., Torres, M. S., & Alves, C. H. L. (Orgs.). (2026). *Personalidade e saúde no pós-pandemia: percepções, desigualdades sociais e impactos psicossociais*. Editora CRV. <https://doi.org/10.24824/978652519196.6>

Campos, L. A. M., Paiva, S. F., Silva, K. D. O., & Abad, A. (Orgs.). (2023). *Saúde e COVID-19 no Brasil: um novo olhar interdisciplinar sobre a pandemia*. Letra Capital.

de Paiva Teixeira, L. E. P., de Freitas, R. L., Abad, A., da Silva, J. A., Antonelli-Ponti, M., Mármora, C. H. C., Campos, L. A. M., Paiva, S., Bastos, S., & da Silva, J. A. (2021). Psychological impacts of COVID-19 pandemic on the Brazilian population: Occupational analysis. *World Journal of Neuroscience*, 11, 145–160. <https://doi.org/10.4236/wjns.2021.112013>

Taylor, S. (2019). *The psychology of pandemics: Preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Cambridge Scholars Publishing.

Teixeira, L. E. P. de P., de Freitas, R. L., Abad, A., da Silva, J. A., Antonelli-Ponti, M., Bastos, S., Mármora, C. H. C., Campos, L. A. M., Paiva, S., & da Silva, J. A. (2020). Psychological impacts related to stress and fear during the COVID-19 pandemic: Cardiovascular diseases, diabetes and psychological disorders as risk factors. *World Journal of Neuroscience*, 10, 191–205. <https://doi.org/10.4236/wjns.2020.104019>

Índice Remissivo

A

Abertura à experiência, 12, 19, 23, 71, 77, 82
Abordagem biopsicossocial, 33
Agência do sujeito, 61, 63
Agenda científica brasileira, 20
Amostra multicêntrica, 35

B

Barreiras linguísticas, 19, 61, 67, 68,
Big Five, 23, 29
Brasil, 1, 2, 4, 5, 6, 11-30, 33-42, 45-47, 49, 52-55, 57, 58, 67, 69,
71, 74-76, 78-81, 83-84, 86, 89, 92-94, 97, 103, 104

C

Cattell, 22
Cenário macrossistêmico, 35
Ciências sociais, 14, 20
Conexão social, 15
Configurações culturais, 61, 63
Conscienciosidade, 12, 17, 19, 23, 25, 28, 29, 71, 77, 82, 89
Construção psicossocial, 15
Construção social, 36
COVID-19, 4, 6, 9, 11, 15-19, 24, 26, 26-28, 30, 31, 33, 35-37,
39-47, 49-53, 55, 57, 58-61, 63-65, 68, 70, 73, 74-78, 82, 83, 85,
86-88, 90, 94, 96-98
CPDI, 9, 18, 19, 45, 47-50, 53, 76, 103
Cultura receptora, 61, 71

D

Determinantes sociais, 1, 3-9, 13, 14, 16-19, 29, 30, 32, 36, 37,
41, 42, 53, 59, 74, 75, 78, 79, 81-83, 87, 91, 92, 94
Diferenças biológicas, 36
Dimensão racial, 33, 34
Discriminação, 19, 29, 34, 59, 64, 68, 80, 81
Docentes de psicologia, 20

E

Estabilidade emocional, 15
Estado, 11, 12, 16, 25-30, 32, 33, 37, 38, 48, 55, 79, 82, 91,
Estilos cognitivos, 15, 51
Estresse, 6, 11, 13, 17, 18, 20, 24, 27, 30, 34, 36, 37, 44, 46, 51,
54, 56, 57, 59-64, 67-70, 72, 79, 84, 87, 91, 93, 97
Estresse aculturativo, 6, 13, 20, 59-62, 69, 72, 79, 91, 97
Estresse por mobilidade transcultural, 6, 13, 18, 20, 59-64, 67,
70, 72, 79, 91
Estressores, 9, 13, 19, 23, 55, 62, 67, 68, 70-72
Estudantes internacionais, 13, 19, 59, 71, 90,
Exclusão social, 62, 80

F

FCV-19S, 9, 18, 19, 45, 47, 49, 50, 53, 76, 103
Fechamento de fronteiras, 19
Formulação de políticas, 14, 20

G

Gênero, 5, 9, 15, 16, 18, 19, 29, 32-34, 36, 37, 48-50, 74, 78, 83,
89, 90
Grau de instrução, 15

H

Histórias de vida, 15
Hofstede, 61

I

Impactos psicológicos, 11, 15, 17, 19, 41, 42, 44, 47, 54, 55, 57,
74, 79, 90, 92, 94, 103
Impossibilidade de retorno, 80

L

LAVINACC, 18, 26, 29, 33, 36, 38, 43, 45, 49, 50, 53, 54, 56, 66,
72, 75, 78, 80

M

Masculinidade, 37
Medidas de proteção coletiva, 15
Medo, 6, 11, 12, 15, 16, 18, 24, 28, 30, 35-39, 41, 42, 44, 47,
49-54, 71, 74, 76, 77, 80, 88, 90, 103
Merrill Singer, 33, 55

Migrantes, 13, 19, 57, 59, 62, 65, 67-70, 81, 90, 95
 Mobilidade, 6, 7, 11, 13, 17-20, 59-67, 70-72, 74, 75, 79-81, 85, 87, 90, 91, 93, 94, 97
 Mobilidade global, 61
 Mobilidade transcultural, 6, 11, 13, 18-20, 59-67, 70-72, 74, 79, 81, 85, 90, 91, 93, 97, 103
 Modelo dos Cinco Grandes Fatores, 5, 12, 23, 74,
 Modelo triangular integrativo, 20
 Mulheres, 18, 24, 36, 37, 50, 57, 69, 76, 90

N

Neuroticismo, 12, 19, 23, 24, 27, 28, 30, 55, 70, 76, 77, 79, 82, 83, 88

O

Obstáculos estruturais, 61
 OMS, 5, 32, 35, 44, 52
 Organização Mundial da Saúde, 15, 32
 Otimismo, 19, 25, 37, 83, 89

P

Pandemia, 1, 3-5, 6, 9, 11-20, 24-28, 30, 31, 33-47, 49, 50, 52-60, 63-67, 70-81, 83, 84, 86-90, 92-94, 96, 97, 103
 Percepção de saúde, 1, 3, 4, 5, 7, 9, 12, 14, 16, 18, 19, 21, 25-30, 36-38, 74, 77, 79, 81-83, 87, 91-93, 103
 Personalidade, 1, 3-6, 9, 11-13, 15, 17, 18, 21-24, 26-30, 38, 39, 42, 46, 55, 59, 67, 70, 74-79, 81-85, 87-93, 97, 103
 Perspectiva cognitivo-social, 22
 Perspectiva sindêmica, 19, 55, 78, 90
 Perspectivas psicológicas, 20, 93
 Pesquisadores, 11, 13, 14, 20, 43, 47, 59, 94, 96
 Políticas públicas, 16, 40, 72, 75, 85, 94
 Portugal, 18, 29, 45, 49, 78
 Pós-pandemia, 1, 3, 4, 13, 16, 20, 70, 71, 90, 92, 94, 97, 103
 Prática clínica, 20, 84
 Profissionais de saúde mental, 14, 20, 57
 Psicologia da saúde, 17, 20, 23, 27, 79, 103
 Psicologia transcultural, 6, 17, 60, 61, 70, 73, 85, 87, 97, 103, 104

R

Raça, 5, 6, 15, 16, 19, 32-34, 78, 80, 83, 89,
Racismo, 34, 61-63
Refugiados, 19, 59, 90, 95,
Renda, 5, 15, 16, 19, 29, 32-35, 39, 40, 78, 83, 89, 92, 94,
Ruptura identitária, 19

S

SARS-cov-2, 15, 33, 42,
Saúde, 1-104
Saúde coletiva, 20, 87, 93
Serviços de saúde, 13, 15, 19, 26, 28, 29, 33-35, 38, 52, 67, 80,
Síndrome de burnout, 36

T

Teoria da Identidade Social, 17, 60, 65, 80
Tipo de moradia, 15, 16
Traços de personalidade, 5, 11, 13, 15, 17, 19, 23, 26, 27, 30, 38,
46, 59, 67, 70, 74, 75, 77, 79, 81, 87-90, 92, 103,

V

Vulnerabilidade social, 35, 39

X

Xenofobia, 20, 61, 63, 80, 90

Sobre os Autores

Luís Antônio Monteiro Campos é Psicólogo da Saúde Pública, Mestre e doutor em Psicologia pela UFRJ. Professor da Universidade Católica de Petrópolis e da PUC-Rio. É Líder do Laboratório Virtual de Neuropsicometria Afetiva, Cognitiva e Comportamental (LAVINACC), grupo de pesquisa certificado pelo CNPq (2020), vinculado à Universidade Católica de Petrópolis (UCP-RJ), com atuação nas áreas de saúde, Psicologia Social e impactos psicossociais da COVID-19 no contexto luso-brasileiro. Bolsista produtividade 2 do CNPq.

Alberto Abad é Doutor e Professor em Psicologia. Suas pesquisas situam-se na interseção entre psicologia da saúde, psicologia transcultural e determinantes sociais da saúde, com foco especial nos impactos psicológicos de pandemias, no estresse por mobilidade transcultural e nas relações entre traços de personalidade e percepção de saúde em contextos de crise.

É autor e coautor de diversos artigos científicos publicados em periódicos nacionais e internacionais, incluindo estudos de validação de instrumentos psicométricos para a população brasileira (FCV-19S e CPDI) e revisões sistemáticas sobre a avaliação do estresse em populações migrantes. Entre suas publicações destacam-se trabalhos nos periódicos *Advances in Infectious Diseases*, *World Journal of Neuroscience* e *Integración Académica en Psicología*, além de capítulos de livros e obras organizadas sobre saúde mental e COVID-19 no Brasil. Integra o LAVINACC como pesquisador desde 2022, contribuindo com estudos sobre medo, estresse transcultural e percepção de saúde no pós-pandemia.

Atualmente, realiza dois estágios pós-doutorais intitulado “Inventário de Estresse e Resiliência na Mobilidade

Transcultural: Construção e Propriedades Psicométricas” (APQ-00945-23), financiado pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG) e pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq); e “Construindo uma Psicologia Transcultural para as Fronteiras: Validação Multilíngue do ITRAMO, Pesquisa Comparativa e Produção Didática” na Universidade Ferral do Amapá (UNIFAP).

Contato institucional:

Programa de Pós-Graduação em Estudos de Fronteira – UNIFAP
Macapá, AP – Brasil
E-mail: alpabad@gmail.com



Esta obra foi impressa em processo digital
na Trio Gráfica para a Letra Capital Editora.
Utilizou-se o papel Pólen 80g/m².
e a fonte Caecilia LT Std corpo 10 com entrelinha 15.
Rio de Janeiro, agosto de 2026.