

Personalidade, percepção de saúde e determinantes sociais no Brasil: uma integração entre vulnerabilidade psicológica, estresse transcultural e diretrizes multiculturais

Personality, perceived health, and social determinants in Brazil: an integration of psychological vulnerability, cross-cultural stress, and multicultural guidelines

Personalidad, percepción de la salud y determinantes sociales en Brasil: una integración entre la vulnerabilidad psicológica, el estrés transcultural y las directrices multiculturales

DOI: 10.54901/educa.v9-511

Luis Antonio Monteiro Campos¹
Alberto Abad²

RESUMO: O enfrentamento de crises sanitárias como a pandemia de COVID-19 depende não apenas de fatores biomédicos, mas da interação entre personalidade, percepção de saúde e determinantes sociais e culturais dos indivíduos e grupos afetados. Essa interação, no entanto, costuma ser tratada de forma fragmentada na literatura e nas práticas profissionais brasileiras, sem um modelo teórico que integre a vulnerabilidade psicológica individual, a mediação cultural do estresse e a tradução desse conhecimento em diretrizes profissionais e políticas públicas efetivas. Este ensaio teórico propõe um modelo integrativo de quatro camadas — individual, cognitiva, cultural e institucional — para preencher essa lacuna, articulando o referencial de vulnerabilidade de personalidade diante de ameaças sanitárias, o modelo transacional de avaliação cognitiva do estresse mediado pelo contexto sociocultural, as diretrizes multiculturais para a prática profissional em psicologia e um modelo de ciclo de políticas públicas de sete fases. Argumenta-se que personalidade, percepção de saúde e determinantes sociais não operam isoladamente, mas por meio de um processo de avaliação cognitiva culturalmente mediado, que só se converte em benefício social quando traduzido, fase a fase, em ação institucional concreta. Discutem-se implicações para a pesquisa em psicologia no Brasil e para a formulação de políticas públicas de saúde mental culturalmente sensíveis e regionalmente adaptadas, com recomendações específicas endereçadas a gestores públicos.

Palavras-chave: Personalidade, Percepção de Saúde, Determinantes Sociais, Estresse Transcultural, Diretrizes Multiculturais, Políticas Públicas.

1 INTRODUÇÃO

O projeto de pesquisa “Relação entre Personalidade, Percepção de Saúde e Determinantes Sociais no Brasil a partir da Pandemia da COVID-19”, desenvolvido por Luís Antônio Monteiro Campos com apoio de Bolsa de Produtividade em Pesquisa (PQ) do CNPq,

¹ Doutor em Psicologia, Universidade Católica de Petrópolis, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.
E-mail: campox1@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2707-5593>

² Doutor em Psicologia, Universidade Federal do Amapá (UNIFAP), Macapá, Amapá, Brasil.
E-mail: alpadad@gmail.com Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-7748-6008>

parte da premissa de que a forma como uma pessoa percebe sua saúde e enfrenta uma crise sanitária não depende apenas de fatores biomédicos, mas de uma interação entre características de personalidade, condições sociais e contexto cultural. Este ensaio busca aprofundar teoricamente essa premissa, integrando quatro referenciais que, tomados em conjunto, oferecem um quadro explicativo mais completo do que cada um isoladamente proporcionaria.

Três perguntas orientam esta reflexão. Primeiro, como traços de personalidade tornam algumas pessoas mais vulneráveis do que outras diante de uma mesma ameaça sanitária? Segundo, como a cultura medeia o processo psicológico de avaliação e enfrentamento do estresse, sobretudo em um país com a diversidade étnica e regional do Brasil? Terceiro, como esse conhecimento pode ser traduzido em diretrizes profissionais e em políticas públicas efetivas? As três seções seguintes respondem, respectivamente, a cada uma dessas perguntas, antes de se propor, na seção final, uma síntese integrativa.

2 PERSONALIDADE COMO FATOR DE VULNERABILIDADE PSICOLÓGICA

Taylor (2019), em *The Psychology of Pandemics*, demonstra que a reação humana a uma ameaça pandêmica está longe de ser uniforme. Traços de personalidade — sobretudo a negativa emocionalidade, a intolerância à incerteza e a tendência a superestimar ameaças — funcionam como fatores de vulnerabilidade emocional, tornando alguns indivíduos substancialmente mais propensos a desenvolver ansiedade relacionada à saúde, hipervigilância a sintomas físicos e comportamentos de evitação. O autor descreve ainda o chamado sistema imunológico comportamental: um conjunto de mecanismos psicológicos — repugnância, pensamentos de contaminação, evitação — que se ativa diante de sinais de risco de contágio e que, embora adaptativo em sua origem evolutiva, produz também efeitos colaterais psicológicos e sociais, como o preconceito direcionado a grupos associados à doença.

É exatamente esse tipo de diferença individual que o projeto “Relação entre Personalidade, Percepção de Saúde e Determinantes Sociais no Brasil” busca mensurar por meio da Escala Reduzida de Descritores de Personalidade (RED-5), instrumento baseado no modelo dos cinco grandes fatores de personalidade (Campos *et al.*, 2024, 2026). Ao aproximar a taxonomia de traços operacionalizada pela RED-5 do referencial de vulnerabilidade emocional proposto por Taylor (2019), abre-se caminho teórico para investigar quais configurações específicas de personalidade — por exemplo, elevado neuroticismo combinado a baixa abertura a experiências — predizem maior sofrimento psíquico e pior percepção subjetiva de saúde diante de eventos coletivos críticos como uma pandemia.

3 ESTRESSE COMO PROCESSO TRANSACIONAL CULTURALMENTE MEDIADO

Se a personalidade explica por que pessoas reagem de forma diferente a uma mesma ameaça, o modelo transacional de estresse de Lazarus e Folkman (1984), retomado por Abad e colaboradores (2025a) no estudo sobre mobilidade transcultural, explica como essa reação se processa cognitivamente. Segundo esse modelo, o estresse resulta de duas etapas de avaliação cognitiva: a avaliação primária, em que a pessoa identifica uma situação como ameaçadora, e a avaliação secundária, em que avalia os recursos de que dispõe para enfrentá-la — suporte social, domínio de informação, familiaridade com o contexto.

Abad e colaboradores (2025) demonstram que essas duas etapas não são culturalmente neutras: são moduladas pelo contexto sociocultural e pelos determinantes sociais de cada grupo. Na avaliação primária, o acesso desigual a informação confiável e a serviços de saúde tende a intensificar a percepção de ameaça em grupos socialmente mais vulneráveis; na avaliação secundária, a disponibilidade de recursos de enfrentamento — redes de apoio comunitário, estabilidade financeira, acesso a cuidado em saúde — varia conforme a posição social, a região e o contexto de mobilidade de cada indivíduo, de modo que grupos social e regionalmente distintos avaliam e enfrentam a mesma ameaça sanitária de formas muito diferentes.

Essa leitura é particularmente relevante para o Brasil, país que combina elevada diversidade regional, étnica e socioeconômica com fortes tradições de solidariedade comunitária e, ao mesmo tempo, desigualdades estruturais profundas. Os determinantes sociais da saúde — renda, escolaridade, condições de moradia e de trabalho — não apenas produzem diferentes níveis de exposição a estressores, como também interagem com o contexto regional na definição dos recursos de enfrentamento disponíveis a cada grupo, confirmando a pertinência de se estudar personalidade, percepção de saúde e determinantes sociais como um sistema integrado, e não como fatores isolados.

4 DIRETRIZES MULTICULTURAIS E A INTERSECCIONALIDADE NO CONTEXTO BRASILEIRO

As Diretrizes Multiculturais da *American Psychological Association* (2017), intituladas “Uma Abordagem Ecológica ao Contexto, Identidade e Interseccionalidade”, oferecem um terceiro nível de análise, voltado à prática profissional. Suas dez diretrizes orientam os psicólogos a reconhecer que identidade e autodefinição são fluidas e moldadas pela interseccionalidade dos contextos sociais do indivíduo (Diretriz 1), a examinar as próprias

crenças culturais como fonte potencial de viés (Diretriz 2), a compreender o papel do ambiente social e físico na vida das pessoas atendidas (Diretriz 4), a reconhecer experiências históricas e contemporâneas de poder, privilégio e opressão (Diretriz 5), e a promover intervenções culturalmente adaptativas (Diretriz 6), entre outras.

Como discute Abad (2024b, 2024a), a implementação dessas diretrizes no Brasil é tanto mais necessária quanto mais se considera a vasta diversidade étnica e cultural do país — populações indígenas, afrodescendentes, quilombolas, migrantes e refugiados — cuja falta de sensibilidade cultural nos serviços de saúde mental pode reforçar desigualdades e exclusões (2024b, p. citando Mclean, Campbell e Cornish, 2003). No contexto do projeto “Relação entre Personalidade, Percepção de Saúde e Determinantes Sociais no Brasil”, essa perspectiva sugere que os próprios instrumentos de mensuração de personalidade e percepção de saúde precisam ser interpretados à luz da diversidade cultural da amostra brasileira, evitando conceituações enraizadas em suposições categóricas sobre o que constitui personalidade “saudável” ou percepção de saúde “adequada” — ambas social e culturalmente situadas.

5 DO CONHECIMENTO À POLÍTICA PÚBLICA: O MODELO DE SECCHI

Compreender teoricamente a relação entre personalidade, percepção de saúde, cultura e determinantes sociais tem alcance limitado se esse conhecimento não for traduzido em ação institucional. Abad (2024a) propõe, para esse fim, o uso do modelo de sete fases de políticas públicas de Secchi (2014) — identificação do problema, formação da agenda, formulação de alternativas, tomada de decisão, implementação, avaliação e extinção ou renovação — como ferramenta analítica para orientar a incorporação de diretrizes multiculturais às práticas psicológicas e institucionais.

Aplicado ao tema deste ensaio, o modelo sugere um caminho concreto: identificar as lacunas na atenção à saúde mental que decorrem do desconhecimento sobre a interação entre personalidade e determinantes sociais (identificação do problema); mobilizar associações profissionais, gestores de saúde e a academia em torno do tema (formação da agenda); formular alternativas informadas pela evidência científica produzida por projetos como o aqui discutido (formulação de alternativas); adotar as estratégias mais viáveis considerando o contexto institucional brasileiro (tomada de decisão); executá-las em serviços de saúde e programas de formação profissional (implementação); avaliar seus efeitos sobre indicadores de saúde mental (avaliação); e, por fim, revisar continuamente essas políticas à luz de novos dados (extinção ou renovação). Esse ciclo conecta diretamente a produção científica do projeto CNPq — e, em

particular, a cartilha informativa elaborada para gestores públicos e profissionais de saúde no âmbito deste mesmo projeto — às fases de formulação e implementação de políticas, funcionando a cartilha como instrumento prático de mobilização da fase de formação da agenda e de apoio à fase de implementação.

Essa aplicação teórica do ciclo de Secchi (2014) já orienta, de forma concreta, as recomendações práticas formuladas para gestores públicos na cartilha informativa associada a este projeto. Nas fases de identificação do problema e de formação da agenda, recomenda-se planejar e coordenar, desde o início de uma crise sanitária, estratégias de atendimento psicológico para a população, prevendo sua continuidade também no período posterior à fase aguda, e mobilizar gestores de saúde, Conselhos Municipais, universidades e sociedades científicas em torno do tema. Já na formulação de alternativas, destacam-se duas frentes: investir em comunicação de risco clara, transparente e frequente, como estratégia direta de combate à desinformação e ao pânico social, e priorizar, nas ações de saúde mental, os grupos de maior vulnerabilidade — pessoas idosas, pacientes com doenças crônicas, populações de baixa renda, famílias em insegurança alimentar e grupos culturalmente minoritários, como indígenas, quilombolas, migrantes e refugiados. Na fase de tomada de decisão, a escolha das estratégias mais viáveis deve considerar as diferenças regionais, étnicas e socioeconômicas do Brasil e a forma como cada população se relaciona com a autoridade sanitária, adaptando culturalmente protocolos e materiais de comunicação em vez de aplicá-los de modo uniforme a todo o território nacional. Na implementação, duas frentes merecem destaque: garantir apoio psicológico estruturado às próprias equipes de saúde, com tempo protegido para descanso e canais de acolhimento ao sofrimento psíquico relacionado ao trabalho, e ampliar o acesso da população a testagem e a informações confiáveis sobre seu status de saúde, reduzindo a ansiedade associada à incerteza diagnóstica. Por fim, nas fases de avaliação e de extinção ou renovação, recomenda-se avaliar continuamente os resultados das ações implementadas e revisar as estratégias à luz de novos dados, evitando que o esforço institucional se encerre precocemente com o fim da fase aguda da crise.

A Tabela 1 sintetiza as sete fases do ciclo de Secchi (2014), sua aplicação teórica ao tema deste ensaio e as recomendações-chave endereçadas aos gestores públicos, detalhadas em sua versão aplicada na cartilha informativa elaborada no âmbito deste projeto.

Tabela 1

Síntese das sete fases do ciclo de Secchi (2014)

Fase do Ciclo (Secchi, 2014)	Aplicação ao Tema deste Ensaio	Recomendação-chave para Gestores Públicos
1. Identificação do problema	Reconhecer as lacunas na atenção à saúde mental decorrentes do desconhecimento sobre a interação entre personalidade e determinantes sociais.	Planejar, desde o início da crise, estratégias de atendimento psicológico com continuidade prevista para além da fase aguda.
2. Formação da agenda	Mobilizar associações profissionais, gestores de saúde e a academia em torno do tema.	Mobilizar gestores de saúde, Conselhos Municipais, universidades e sociedades científicas para priorizar o tema na agenda institucional.
3. Formulação de alternativas	Formular alternativas informadas pela evidência científica produzida por projetos como o aqui discutido.	Investir em comunicação de risco clara, transparente e frequente; priorizar grupos de maior vulnerabilidade nas ações de saúde mental.
4. Tomada de decisão	Adotar as estratégias mais viáveis considerando o contexto institucional brasileiro.	Adaptar culturalmente protocolos e materiais de comunicação às diferenças regionais, étnicas e socioeconômicas do país.
5. Implementação	Executar as estratégias em serviços de saúde e programas de formação profissional.	Garantir apoio psicológico estruturado às equipes de saúde; ampliar acesso a testagem e a informação confiável sobre saúde.
6. Avaliação	Avaliar os efeitos das ações sobre indicadores de saúde mental.	Avaliar continuamente os resultados das ações implementadas junto à população e às equipes de saúde.
7. Extinção ou renovação	Revisar continuamente essas políticas à luz de novos dados.	Revisar as estratégias à luz de novos dados, evitando que o esforço se encerre com o fim da fase aguda da crise.

6 UMA PROPOSTA DE INTEGRAÇÃO TEÓRICA

A leitura conjunta dos quatro referenciais permite propor um modelo integrativo de quatro camadas para compreender personalidade, percepção de saúde e determinantes sociais no Brasil. Na camada individual, traços de personalidade (Taylor, 2019; mensurados pela RED-5) definem a vulnerabilidade emocional de base. Na camada cognitiva, o processo transacional de avaliação primária e secundária (Lazarus e Folkman, 1984) traduz essa vulnerabilidade em experiência concreta de estresse diante de um evento específico. Na camada cultural, o contexto sociocultural e os determinantes sociais da saúde (2026; 2025b, 2025a) moderam tanto a percepção de ameaça quanto os recursos de enfrentamento disponíveis, explicando por que grupos socioeconômica e regionalmente distintos vivenciam a mesma pandemia de formas tão diferentes. Na camada institucional, as Diretrizes Multiculturais da APA (2017) e o modelo de

políticas públicas de Secchi (2024a) oferecem o caminho para que esse conhecimento produza práticas profissionais e políticas públicas mais justas e eficazes.

Essas quatro camadas não são independentes: a personalidade só se expressa como sofrimento psíquico por meio do processo cognitivo de avaliação; esse processo, por sua vez, é moldado pela cultura e pelos determinantes sociais em que o indivíduo está inserido; e é apenas quando essa compreensão integrada chega às instituições, por meio de diretrizes profissionais e políticas públicas, que a pesquisa básica se converte em benefício social concreto. Essa é, precisamente, a lógica que articula os diferentes produtos do projeto “Relação entre Personalidade, Percepção de Saúde e Determinantes Sociais no Brasil a partir da Pandemia da COVID-19”: os instrumentos de coleta de dados (camadas individual e cognitiva), as publicações científicas e a obra coletiva organizada (camada cultural) e a cartilha informativa voltada a gestores e profissionais de saúde (camada institucional).

7 IMPLICAÇÕES PARA PESQUISA E POLÍTICA PÚBLICA NO BRASIL

Do ponto de vista da pesquisa, o modelo integrativo aqui proposto sugere a necessidade de analisar os dados de personalidade, percepção de saúde e determinantes sociais coletados pelo projeto não apenas de forma agregada, mas estratificada por indicadores culturais e regionais — reconhecendo, por exemplo, que uma mesma pontuação em neuroticismo pode se traduzir em experiências de sofrimento distintas conforme o perfil socioeconômico e a região pesquisada.

Do ponto de vista das políticas públicas, a integração entre o referencial de vulnerabilidade psicológica, o modelo transacional de estresse e as diretrizes multiculturais reforça a necessidade de que estratégias de atenção à saúde mental em contextos de crise sanitária sejam culturalmente sensíveis e regionalmente adaptadas, e não uniformes em todo o território nacional. A cartilha informativa produzida no âmbito deste projeto constitui um primeiro passo nessa direção, ao traduzir parte desse referencial teórico em recomendações práticas para gestores públicos e profissionais de saúde; recomenda-se que desdobramentos futuros do projeto aprofundem, especificamente, a camada cultural e institucional aqui discutida, incorporando explicitamente indicadores regionais e socioeconômicos e o ciclo de políticas públicas de Secchi às próximas versões desse material.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este ensaio argumentou que personalidade, percepção de saúde e determinantes sociais no Brasil não podem ser compreendidos como fatores isolados, mas como camadas interdependentes de um mesmo processo: da vulnerabilidade individual descrita por Taylor (2019), passando pela mediação cognitivo-cultural do estresse discutida por Abad e colaboradores (2025) à luz de Lazarus e Folkman (1984), até a tradução institucional desse conhecimento por meio das Diretrizes Multiculturais da APA (2017) e do modelo de políticas públicas de Secchi, conforme proposto por Abad (2024). Essa integração teórica oferece ao projeto “Relação entre Personalidade, Percepção de Saúde e Determinantes Sociais no Brasil a partir da Pandemia da COVID-19” um quadro conceitual mais robusto para interpretar seus achados empíricos e para orientar a tradução desses achados em benefício científico, profissional e social.

Agradecimentos

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

REFERÊNCIAS

Abad, A. (2024a). Diretrizes Multiculturais da Associação Americana de Psicologia e o modelo de ABAD, A. *Stress and Anxiety: A Journey Through the Body and Mind*. 2024.

ABAD, A. *Psicología Transcultural: fundamentos teóricos y metodológicos*. Tomo I. [S.l.]: UC Editora, 2026.

ABAD, A. *et al.* Estresse, resiliência e políticas públicas na mobilidade transcultural: como as dimensões de Hofstede orientam estratégias para a gestão de diferenças culturais. *ARACÊ*, v. 7, n. 3, p. 13805–13815, 2025. DOI: 10.56238/arev7n3-212.

ABAD, A. *et al.* Políticas públicas e psicologia: interseccionalidade, crise e transformação social. *ARACÊ*, v. 7, n. 4, p. 18669–18678, 2025. DOI: 10.56238/arev7n4-173.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA). *Multicultural guidelines: an ecological approach to context, identity, and intersectionality*. Washington, DC: American Psychological Association, 2017.

CAMPOS, L. A. M.; ABAD, A.; SILVA, J. A. da; CARDOSO, F. (org.). *Interculturalidade: uma visão geral*. v. 3. [S.l.]: Lugar de Fala, 2024.

CAMPOS, L. A. M.; ABAD, A.; SILVA, J. A. da; CARDOSO, F. dos S. (org.).
Interculturalidade: uma visão geral. v. 7. [S.l.]: UC Editora, 2026.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer, 1984.

SECCHI, L. *Políticas públicas: conceitos, esquemas de análise, casos práticos*. 2. ed. São Paulo: Cengage Learning, 2014. Disponível em: <https://acervo.enap.gov.br/cgi-bin/koha/opac-detail.pl?biblionumber=45872>. Acesso em: 24 jul. 2026.

TAYLOR, S. *The psychology of pandemics: preparing for the next global outbreak of infectious disease*. Newcastle upon Tyne: Cambridge Scholars Publishing, 2019.

SECCHI. *Alternativas cubanas en Psicología*.